

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

MAD. N° **10656729**

INF. N° 38-2025-GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG-ADM/LOG

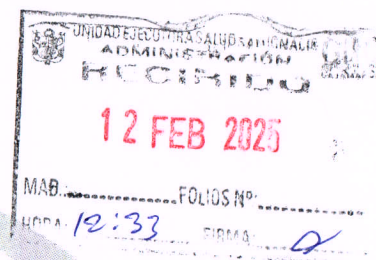
A : **MG. ROGER EFREN HUAMAN RAMIREZ**
DIRECTOR DE ADMINISTRACION

DE : Dra. ROSSITAIN DOMINGUEZ FLORES
JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA

ASUNTO :REMITO ANEXOS DE APROBACION DE MODIFICACIONES AL
CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES 01, 02, 03, 04, 05,06, 07,
08, 09, 10, 11

REF. : Directiva N° 0005-2021-EF/54.01

FECHA : San Ignacio, 12 de Febrero del 2025

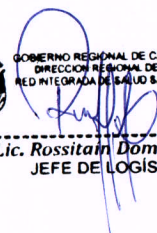


Es grato dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo, al mismo tiempo hacer de su conocimiento lo siguiente:

Que, en cuanto al documento de la referencia, según el Artículo 27.- Modificaciones al CMN en el inciso 27.5. La aprobación de las modificaciones al CMN son publicadas en la sede digital de la Entidad del Sector Público u organización de la entidad, en un plazo no mayor de cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de su aprobación. En base a lo descrito remito los anexo a fin de que se han derivado al área correspondiente para su publicación.

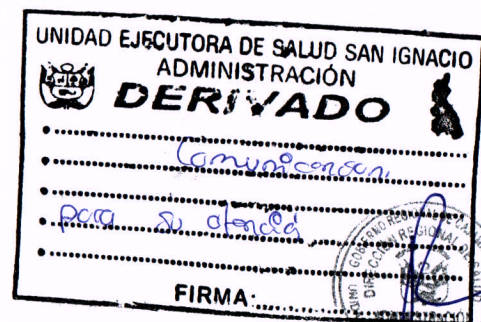
Seguro de contar con la atención, quedo de usted, no sin antes manifestarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO

Dra. Lic. Rossitain Dominguez Flores
JEFE DE LOGÍSTICA



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

MAD N°: 10640663

San Ignacio, 07 de febrero del 2025

OFI N° 45-2025-GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG/SISMED

Sr: Lic. Adm. Roger E. Huamán Ramirez
Jefe de Administración de la Unidad Ejecutora Salud San Ignacio

Atención: Dra. Lic. Rossitaín Domínguez Flores
Jefa De Logística U.E Salud San Ignacio

Asunto: Remito Anexo N° 05- Solicitud de modificación del CMN.

Mediante el presente me dirijo a usted para saludarle muy cordialmente y al mismo tiempo, hacerle llegar el Anexo N° 05: Solicitud de modificación del Cuadro Multianual de necesidades, con el fin de solicitar incorporación de ítems al programa presupuestal 0002 – meta 03 y el programa presupuestal 18-meta 45.

Adjunto: Anexo N° 05 - Solicitud de modificación del CMN N°0043

La incorporación de dichos ítems es de carácter urgente, teniendo en cuenta la necesidad de la contratación de personal de salud Químicos farmacéuticos y Técnicos en Farmacia para el Almacén Especializado de Medicamentos e Insumos San Ignacio (AEM-SI) y las microrredes de la Unidad Ejecutora de salud San Ignacio, en cumplimiento a la normativa SISMED Vigente.

Agradeciendo su gentil atención al presente, me despido reiterándole mi gran consideración y estima personal.

Atentamente;

Cc.
Archivo
AMBAyqgo

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO
Mg. Q.F Ana María Baltodano Armas
C.O.F.P N° 07589
JEFE DEL SISMED

UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
ADMINISTRACIÓN
RECIBIDO
07 FEB 2025
MAD: _____ FOLIOS N°: _____
HORA: 16:32 FIRMA: _____

RED DE SALUD SAN IGNACIO
LOGISTICA
RECIBIDO
07 FEB 2025
REG: _____ FOLIOS N°: _____
HORA: _____ FIRMA: _____

UNIDAD EJECUTORA DE SALUD SAN IGNACIO
ADMINISTRACIÓN
DERIVADO
Logística
para su atención
FIRMA: _____



ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000043

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654
Centro de Costo: 1654.14 UNIDAD DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS
Fecha de Solicitud: 07/02/2025

Código Item N.-	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
210100010854	SERVICIO DE COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA	Servicio	0.00	0.00	0.00	28,800.00
210100040037	SERVICIO DE PERSONAL ASISTENCIAL, ADMINISTRATIVO Y DE MANTENIMIENTO	Servicio	0.00	0.00	0.00	24,300.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): INCORPORACION DE ITEM DE SERVICIOS

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:


DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
MAG. Q.F. ANDREA MARIA GILLODANO ARMAS
C.O.F. N° 07599
JEFE DEL SERVICIO

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000010

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Fecha de Solicitud	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/
1654.0801 - Oficina De Desarrollo Institucional								
07/02/2025	0000000037	740877000026	MONITOR A COLOR DE 23.8 in	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00
07/02/2025	0000000038	740899500001	UNIDAD CENTRAL DE PROCESO - CPU	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00
07/02/2025	0000000039	740899500001	UNIDAD CENTRAL DE PROCESO - CPU	Unidad	0.00	0.00	1.00	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" 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 de la Entidad del Sector Público u organización de la entidad, se suscribe:


GOBIERNO REGIONAL DE CALLAO
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO

Dra. Lic. Rosalinda Dominguez Flores
JEFE DE LOGÍSTICA


GOBIERNO REGIONAL DE CALLAO
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO

Lic. Adm. Roger Efraim Huamán Ramírez
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

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

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



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"



MAD: 10640438

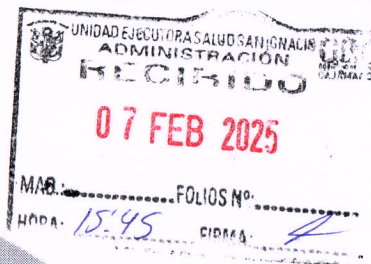
OFICIO N° 074 – 2025-GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG/ODI

A: LIC. ROGER EFRÉN HUAMÁN RAMÍREZ
JEFE DE LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN

ATENCIÓN: DRA. ROSSITAIN DOMINGUEZ FLORES
JEFE DE LA OFICINA DE LOGISTICA

ASUNTO: SOLICITO INCLUSION DE ITEM

FECHA: San Ignacio, 07 de febrero del año 2025.



Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez solicito a su despacho la inclusión de ITEM para la adquisición de un CPU para la oficina de presupuesto -área de Planeamiento Estratégico, de la Sede administrativa de la Red Integrada de Salud San Ignacio.

➤ Se adjuntan anexos 5

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresar las muestras de mi especial consideración y estima.

Atentamente;

Cc:



Archivo

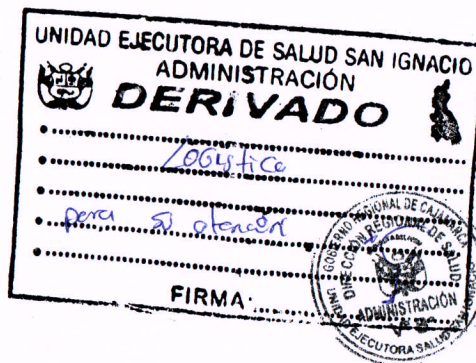
RED DE SALUD SAN IGNACIO
LOGISTICA
RECIBIDO

07 FEB 2025

EG: FOLIOS N°

RA: FIRMA

Lic. Adm. ERICK MILES QUISTAN BAUTISTA
JEFE OFIC. DESARROLLO INSTITUCIONAL



Prolg. Comercio N°223 - San Ignacio

www.redsaludsanignacio.gob.pe

"Trabajando por tu Salud"

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000039

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Centro de Costo: 1654.0801 OFICINA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
Fecha de Solicitud: 07/02/2025

Código Item N.-	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor

740899500001	UNIDAD CENTRAL DE PROCESO - CPU	Unidad	0.00	0.00	1.00	1.00
--------------	---------------------------------	--------	------	------	------	------

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): solicitud inclusion de ITEM

De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación: solicitud inclusion de ITEM

- 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:

LIC. ADRIÁN MILLS QUINTANA
JEFE DE CONTROL INSTITUCIONAL

Firma: Responsable del Área Usuaria

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

MAD N°: 10640428

San Ignacio, 07 de febrero de 2024

OFICIO N° 21 - 2025- GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG/PROMSA

SEÑOR : LIC. ROGER HUAMÁN RAMÍREZ
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN R.S.S.I

ATENCIÓN: OFICINA DE LOGÍSTICA

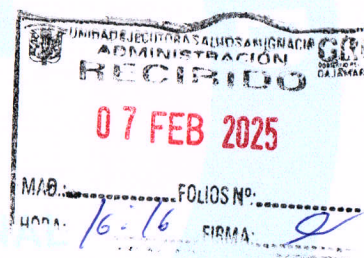
ASUNTO : SOLICITO APROBACIÓN DE MODIFICACIÓN DEL CMN - ANEXO 05

Es grato dirigirme a usted para brindarle mi cordial saludo y al mismo tiempo solicitarle la Aprobación de Modificación del Cuadro Multianual de Necesidades N° 0037 y 0038, para realizar el pedido de equipos computacionales.

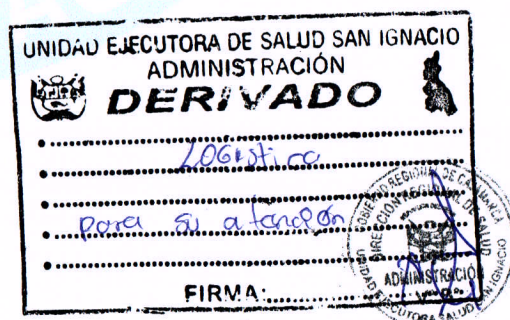
Agradeciendo su gentil atención al presente, me despido reiterándole mi gran consideración y estima personal.

Se adjunta Anexo 05.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
[Signature]
LIC. ENF. MARYOLIVA CISTRERO NARCISO
COORDINADOR PROMOCIÓN DE LA SALUD



UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Centro de Costo: 1654.0801 OFICINA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Fecha de Solicitud: 07/02/2025

Código Item N.-	Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total \$/	Cantidad Total	Valor Total \$/

740877000026 MONITORA COLOR DE 23.8 in

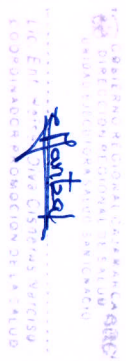
Unidad 0.00 0.00 1.00 0.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27);SOLICITTO MODIFICACION DEL ITEM: EQUIPOS COMPUTACIONALES Y PERIFERICOS

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:





Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000038

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Centro de Costo: 1654.0801 OFICINA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Fecha de Solicitud: 07/02/2025

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/

740899500001 UNIDAD CENTRAL DE PROCESO - CPU

Unidad 0.00 0.00 1.00 0.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27).SOLICITO MODIFICACION DEL ITE: UNIDAD CENTRAL DE PROCESO - CPU

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:



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN
SAN IGNACIO

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000009

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Fecha de Solicitud	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/	
1654.0201 - Oficina De Administración									
07/02/2025	0000000034	602000010100	MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE IMPRESORA	Servicio	0.00	0.00	0.00	1.00	
1654.100201 - Coordinación Atención Integral									
07/02/2025	0000000035	071100431207	SERVICIO DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO	Servicio	0.00	0.00	0.00	9,000.00	

- 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" 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 de la Entidad del Sector Público u organización de la entidad, se suscribe:


GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTIVA SALUD SAN IGNACIO
Dra. Lic. Rosstain Domínguez Flores
JEFE DE LOGÍSTICA


GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTIVA SALUD SAN IGNACIO
Lc. Adm/ Roger Efraim Huamán Ramírez
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

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

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

MAD N°: **10639806**

San Ignacio, 07 de febrero del 2025

OFICIO N°68-2025-GR-CAJ-DRSC-RSSI-DG/ADM

Señora. Lic. Adm. ROSSITAIN DOMINGUEZ FLORES

Jefe de la Unidad de Logística

RIS – San Ignacio

Presente. –

ASUNTO: SOLICITO INCLUSIÓN DE ÍTEM DE SERVICIO DEL CMN

Por medio del presente me dirijo a usted, para saludarlo y al mismo tiempo hacer de conocimiento lo siguiente:

la inclusión del ítem de servicio del CMN N° 034 para cumplir las actividades del área de administración.

Adjunto el CMN N°034

Atentamente;



Lic. Adm. Roger Efraim Muamán Ramírez
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN



UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Centro de Costo : 1654.0201 OFICINA DE ADMINISTRACION
Fecha de Solicitud: 07/02/2025

Código Item N -	ITEM	Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
				EXCLUSION		INCLUSION	
				Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
602000010100		MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE IMPRESORA	Servicio	0.00	0.00	0.00	1.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27);SOLICITO INCLUSIÓN DE ITEM DE SERVICIO

De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:

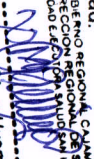
- 1/ La información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público u organización de la entidad.
- 2/ La información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado 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:



GOBIERNO REGIONAL CUSCO

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

UNIDAD EJECUTORA SAN IGNACIO



Lic. Adm. Roger Efraim Huamán Ramírez

DIRECTOR DE ADMINISTRACION

Firma: Responsable del Área Usuaria



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

MAD N°: **10640243**

San Ignacio 07 de febrero del 2025

OFI N° 13-2025-GR-CAJ-DRSC-RS.S.I-DESP-AIS/ESFC

MG. ROGER EFREN HUAMAN RAMIREZ

ADMINISTRADOR DE LA RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO

ATENCIÓN : ÁREA DE LOGÍSTICA

ASUNTO : **REMITO ANEXO N°05 DE SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CMN.**

Es un placer dirigirme a usted para expresarle un cordial saludo y, al mismo tiempo, remitirle el Anexo N°5 correspondiente a la solicitud de modificación del cuadro multianual de necesidades (CMN). La solicitud tiene como objetivo la inclusión de los siguientes servicios correspondiente a la Meta 106 R.O del centro de costo Atención Integral en Salud. Asimismo, se solicita que se dé prioridad a la aprobación de esta solicitud, dada la necesidad urgente de los servicios en el área usuaria, conforme se detalla en el siguiente cuadro:

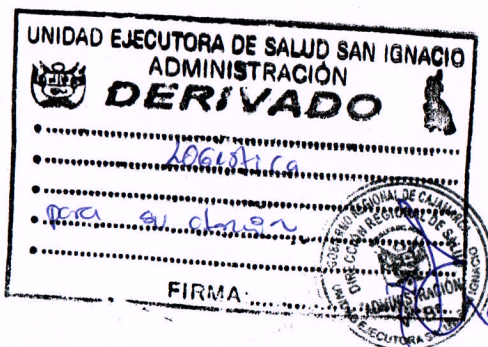
CÓDIGO ITEM N°	ITEM	META	FFTT
071100431207	SERVICIO DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO	106	R.O.

Se adjunta Anexo N°05 Solicitud de Modificación del Cuadro Multianual de Necesidades N°0000000035

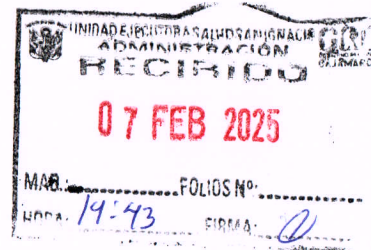
Sin otro particular, hago propicia la ocasión para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima.

Atentamente

HGT
Cc
Archivo



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO
Lic. Enf. Hernán Gonzales Torres
COORDINADOR SALUD FAMILIAR



Prolg. Comercio N°223 - San Ignacio

"Trabajando por tu Salud"



ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000035

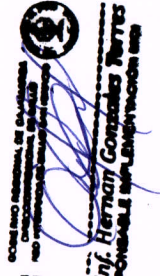
UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654
Centro de Costo: 1654.100201 COORDINACION ATENCION INTEGRAL
Fecha de Solicitud: 07/02/2025

Código 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/
071100431207	SERVICIO DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO	Servicio	0.00	0.00	0.00	9,000.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): SOLICITO INCLUSION DEL ITEM DE SERVICIO DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO

De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación: SE SOLICITA LA APROBACION DEL PRESENTE ANEXO POR SER PRIORITARIO DEL AREA USUARIA

- 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:



Lic. Enf. Hernán González Torres
Responsable del Área Usuaria

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000008

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Fecha de Solicitud		N° de Solicitud de Modificación	Código Item N.-	Descripción del Ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES					
						EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN			
						Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/		
00004267 - I-4 San Ignacio											
05/02/2025	0000000023		040100010017	SERVICIO DE PREPARACION DE REFRIGERIOS	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	150.00	
00004274 - I-3 Chirinos											
05/02/2025	0000000024		040100010017	SERVICIO DE PREPARACION DE REFRIGERIOS	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	96.00	
05/02/2025	0000000024		040100010026	SERVICIO DE PREPARACION DE ALMUERZO	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	192.00	
00004279 - I-3 Huarango											
05/02/2025	0000000026		040100010017	SERVICIO DE PREPARACION DE REFRIGERIOS	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	120.00	
05/02/2025	0000000026		040100010026	SERVICIO DE PREPARACION DE ALMUERZO	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	240.00	
00004296 - I-3 Namballe											
05/02/2025	0000000027		040100010017	SERVICIO DE PREPARACION DE REFRIGERIOS	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	84.00	
05/02/2025	0000000027		040100010026	SERVICIO DE PREPARACION DE ALMUERZO	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	168.00	
00004300 - I-3 San José De Lourdes											
05/02/2025	0000000025		040100010017	SERVICIO DE PREPARACION DE REFRIGERIOS	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	132.00	
05/02/2025	0000000025		040100010026	SERVICIO DE PREPARACION DE ALMUERZO	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	264.08	
1654.020301 - Oficina De Logistica											
03/02/2025	0000000017		071100431207	SERVICIO DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	8,500.00	
1654.0301 - Oficina De Recursos Humano											
04/02/2025	0000000018		501500030130	SERVICIO DE EDICIÓN E IMPRESIONES	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	400.00	
04/02/2025	0000000019		716000080108	SELLO AUTOINTINTABLE CIRCULAR DE 24 mm APROX.	Unidad	0.00	0.00	0.00	5.00	0.00	
04/02/2025	0000000019		716000080113	SELLO AUTOINTINTABLE DE 47 mm X 18 mm APROX.	Unidad	0.00	0.00	0.00	1.00	0.00	
1654.05 - Oficina De Estadística E Informatica											
05/02/2025	0000000022		140400031574	SOFTWARE (INC. LICENCIA) ANTIVIRUS CORPORATIVO	Unidad	0.00	0.00	0.00	120.00	0.00	
1654.06 - Oficina De Comunicaciones											
07/02/2025	0000000033		071100431207	SERVICIO DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	9,000.00	
1654.1003 - Coordinacion De Servicios De Salud											
06/02/2025	0000000030		172100040002	GASOLINA DE 90 OCTANOS	Galon	0.00	0.00	0.00	35.00	0.00	
06/02/2025	0000000030		172100070024	DIESEL B5	Galon	85.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
06/02/2025	0000000032		133000240075	LEJIA (HIPOCLORITO DE SODIO)AL 5% X 1 gal	Unidad	20.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
06/02/2025	0000000032		139200100025	JABON DE TOCADOR LIQUIDO X 500 mL	Unidad	0.00	0.00	0.00	10.00	0.00	
06/02/2025	0000000032		139200120042	PAPEL HIGIENICO (ROLLO PERSONAL) DOBLE HOJA BLANCO	Unidad	0.00	0.00	0.00	31.00	0.00	
06/02/2025	0000000032		139200160343	PAPEL TOALLA DOBLE HOJA BLANCO X 100 HOJAS	Unidad	0.00	0.00	0.00	30.00	0.00	
06/02/2025	0000000032		710300010004	CINTA ADHESIVA TRANSPARENTE 1 in X 72 yd	Unidad	0.00	0.00	0.00	2.00	0.00	
06/02/2025	0000000032		710300060057	GOMA EN BARRA X 40 g APROX.	Unidad	0.00	0.00	0.00	1.00	0.00	

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000008

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Item N.-	Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
					EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
1654.1003 - Coordinación De Servicios De Salud								
06/02/2025	0000000032	710300120076	NOTA AUTOADHESIVA 3 in X 3 in X 5 COLORES X 400 HOJAS	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00
06/02/2025	0000000032	710600060044	FORRO DE PLASTICO TRANSPARENTE TAMAÑO OFICIO X 5 m	Unidad	0.00	0.00	4.00	0.00
06/02/2025	0000000032	710600100234	SOBRE MANILA TAMAÑO A4	Emp X 50	15.00	0.00	0.00	0.00
06/02/2025	0000000032	717200050227	PAPEL BOND 75 g TAMAÑO A4	Emp X 500	0.00	0.00	10.00	0.00
654.12 - Coordinación Salud Ambiental								
05/02/2025	0000000020	071100380305	SERVICIO DE ASISTENCIA TECNICA ADMINISTRATIVA	Servicio	0.00	0.00	0.00	16,500.00
05/02/2025	0000000020	172100040013	GASOLINA REGULAR	Galon	0.00	0.00	74.00	0.00
05/02/2025	0000000020	767400061403	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA KONICA MINOLTA COD. REF. TN 118 NEGRO	Unidad	0.00	0.00	2.00	0.00
05/02/2025	0000000020	899600070111	CHALECO DE DRIL TIPO PERIODISTA UNISEX	Unidad	0.00	0.00	15.00	0.00
05/02/2025	0000000028	070500010009	ANALISIS MICROBIOLOGICO	Servicio	0.00	0.00	0.00	3,000.00
05/02/2025	0000000029	890200010011	BOTA DE JEBE CAÑA ALTA UNISEX	Par	10.00	0.00	0.00	0.00
654.14 - Unidad De Medicamentos, Insumos Y Drogas								
06/02/2025	0000000031	071100387792	SERVICIO ESPECIALIZADO EN INGENIERÍA DE SISTEMAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	18,000.00

- 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" 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 de la Entidad del Sector Público u organización de la entidad, se suscribe:



Dra. Lic. *Rosstain Domínguez Flores*
JEFE DE LOGÍSTICA



Lic. Adm. *Roger Eiten Huamán Ramírez*
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

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

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

MAD: **10616976**

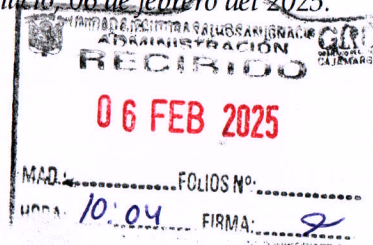
San Ignacio, 06 de febrero del 2025.

OFICIO N°36-2025-GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG/C.SA.

SEÑOR:

MG. ADM. ROGER EFREN HUAMAN RAMIREZ

JEFE DE ADMINISTRACION DE LA RIS SAN IGNACIO



ASUNTO: **REMITO ANEXO N°05 DE SOLICITUD DE MODIFICACIÓN**

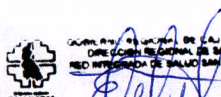
Por medio del presente me dirijo a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez solicito la **exclusión** para la solicitud de modificación del cuadro multianual de necesidades N°00029; para cumplimiento de la ejecución al 100% del presupuesto asignado y a la vez remito Anexo N°5 de solicitud de modificación del cuadro multianual de necesidades.

Adjunto:

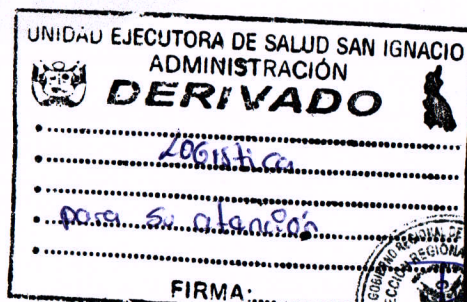
- ANEXO N°05

Sin otro particular me despido de usted, no sin antes manifestarle mi aprecio y estima personal.

Atentamente


Blga. Esthefanie Fuentes Pizarro
JEFE DE ADMINISTRACION

C.c.: Archivo
EFP/myrr



UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

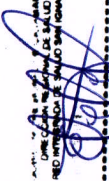
Centro de Costo: 1654.12 COORDINACION SALUD AMBIENTAL
Fecha de Solicitud: 05/02/2025

Código Ítem N.-	ITEM Descripción del Ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
890200010011	BOTA DE JEBE CAÑA ALTA UNISEX	Par	10.00	0.00	0.00	0.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): SOLICITO LA EXCLUSIÓN DEL ÍTEM POR SER NECESARIO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS EN LA VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO
De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación: SOLICITO LA EXCLUSIÓN DEL ÍTEM POR SER NECESARIO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS EN LA VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO

- 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:


UNIDAD EJECUTORA DE SALUD
SAN IGNACIO


Biga. Estreñanue Auentes Pizarro
JEFE DE EQUIPO DE SALUD AMBIEN

Firma: Responsable del Área Usuaria



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

MAD: **10615612**

San Ignacio, 05 de febrero del 2025.

OFICIO N°35-2025-GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG/C.SA.

SEÑOR:

MG. ADM. ROGER EFREN HUAMAN RAMIREZ

JEFE DE ADMINISTRACION DE LA RIS SAN IGNACIO



ASUNTO: REMITO ANEXO N°05 DE SOLICITUD DE MODIFICACIÓN

Por medio del presente me dirijo a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez solicito la **inclusión** para la solicitud de modificación del cuadro multianual de necesidades N°00028 para cumplimiento de la ejecución al 100% del presupuesto asignado para la actividad de la vigilancia de la calidad del agua; de **MANERA URGENTE**, la cual implica el cumplimiento del indicador 002 del convenio FED donde **solicita análisis bacteriológicos** de las muestras de agua de 81 sistemas de abastecimiento, cinco meses de manera continua, con corte en el mes de junio y a la vez remito Anexo N°5 de solicitud de modificación del cuadro multianual de necesidades.

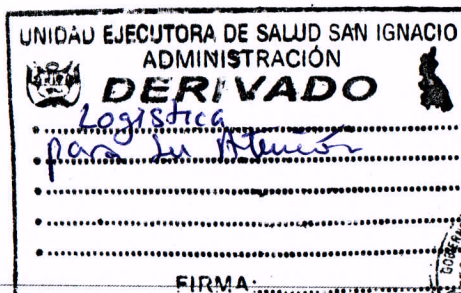
Adjunto:

- ANEXO N°05

Sin otro particular me despido de usted, no sin antes manifestarle mi aprecio y estima personal.

Atentamente

Blga. Esthefanie Fuentes Pizarro
JEFE DE EQUIPO DE SALUD AMBIENTAL



C.c.: Archivo
EFP/myrr





PERÚ

Ministerio de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Políticas
y Evaluación Social

Dirección General de
Implementación de Políticas y
Articulación Territorial

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de
Junín y Ayacucho"

AI-02. Vigilancia de la calidad del agua para consumo humano

FICHA TÉCNICA MATRIZ DE INDICADORES

Área Responsable de la Información:

Ministerio de Salud-MINSA/Dirección General de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria-DIGESA.

Área Responsable Técnico:

Dirección General de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria - Dirección de Control y Vigilancia - MINSA.

Nombre del Compromiso de Gestión

Código

AI-02

Vigilancia de la calidad del agua para consumo humano

1. Datos de identificación del Indicador

Código^(1.1)

AI-02.01

Nombre del Indicador^(1.2)

Número de centros poblados con vigilancia completa de la calidad del agua y con programación y ejecución.

Ámbito de control^(1.3)

Definición del Indicador^(1.4)

Número de centros poblados del ámbito rural que cuentan con Vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano; es decir, cuenta con el desarrollo y registro en el SIVICA de las actividades de a) Evaluación del estado sanitario del sistema de abastecimiento del agua para consumo humano, b) Caracterización del agua (fuentes y de consumo humano), c) Monitoreo de parámetros de campo y d) Reportes de riesgos sanitarios. Adicionalmente se realiza el seguimiento a la ejecución de meta física y presupuestal.

Tipo de Indicador por cadena de resultado y desempeño^(1.5)

Estructura		Proceso	X	Resultado		Impacto	
Eficiencia		Eficacia		Calidad	X	Economía	

2. Relevancia del Indicador.

Valor del indicador^(2.1)

Justificación^(2.2)

La vigilancia de la calidad del agua para consumo humano comprende un conjunto de acciones orientadas para identificar y evaluar factores de riesgo que se presentan en los sistemas de abastecimiento de agua para consumo humano, desde la captación hasta la entrega del producto al consumidor a fin de contribuir a la protección de la salud pública ante los riesgos por la inadecuada calidad del agua para consumo humano.

En ese sentido, este compromiso promueve que la Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental (DESA) y Redes de Salud de las DIRIS, DIRESA o GERESA del Gobierno Regional puedan lograr la implementación de las actividades priorizadas por el sector MINSA, comprendida por la inspección sanitaria de los componentes del sistema de abastecimiento de agua a fin de identificar fallas en la operación o mantenimiento del sistema de abastecimiento de agua; así como la caracterización del agua para consumo humano y valorar el cumplimiento de los límites máximos permisibles establecidos en el Decreto Supremo N° 031-2010-SA. También se considera la realización del monitoreo de parámetros de campo, que a través de visitas inopinadas; evalúa la presencia de cloro residual libre, turbiedad, conductividad, pH y temperatura y de corresponder se realiza el análisis bacteriológico. Finalmente, la información cuantitativa y cualitativa de los riesgos en el sistema de abastecimiento de agua, es plasmada por la DESA en un reporte de riesgo sanitario, la cual se hace llegar al prestador del servicio, autoridades locales y gerencias regionales de vivienda para la implementación de medidas correctivas y preventivas. Este indicador también promueve la eficacia y eficiencia de la programación y ejecución de recursos financieros en las actividades de vigilancia de la calidad del agua.



Firmado digitalmente por GIRON
ESTELA Teofilo Baltazar FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 11.09.2024 16:30:26 -05:00



Firmado digitalmente por PARRA
SANCHEZ Norma Florentina FAU
20131373237 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 11.09.2024 16:05:00 -05:00



Firmado digitalmente por PALOMINO
SALCEDO Miriam Graciela FAU
20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 11.09.2024 15:54:42 -05:00

Av. Paseo de la República 3101 San Isidro, Lima - Perú | Central telefónica: (51-1) 631-8000, Línea MIDIS (51-1) 631-8030

Línea gratuita 0800 000000 | www.midis.gob.pe



PERÚ

Ministerio de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Políticas
y Evaluación Social

Dirección General de
Implementación de Políticas y
Articulación Territorial

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de
Junín y Ayacucho"

La implementación de las acciones señaladas permitirán atender de forma integral al sistema de agua para consumo humano y valorar su condición sanitaria, la misma que será de conocimiento de las autoridades a fin de que se adopten medidas correctivas y preventivas para la mejora del servicio, en articulación con las Direcciones Regionales de Vivienda, Construcción y Saneamiento, así como con los Gobiernos Locales.

Limitaciones y supuestos empleados ^(2,3)

La implementación del indicador está sujeta a la aprobación del marco legal correspondiente.

Precisiones técnicas sobre el indicador o valor del mismo ^(2,4)

Acciones a implementar por el Gobierno Regional:

- El Presupuesto Institucional Modificado (PIM) en la genérica de gasto 2.3, con corte al 31 de enero del año 2025, deberá mantener lo asignado al 30 de junio del mismo año.

1. Del proceso de verificación:

COMPONENTE 1:

Paso 1. Evaluación del estado sanitario del sistema de abastecimiento del agua para consumo humano

Se tomará en cuenta los centros poblados con código de ubigeo y que hayan realizado y registrado la actividad de "inspección sanitaria" de los componentes del sistema de abastecimiento de agua para consumo humano (SAP) en la base de datos SIVICA.

En el SIVICA se identifica que la fecha de inspección sanitaria y la fecha de su registro en el SIVICA, corresponda al periodo de verificación.

Paso 2. Caracterización del agua para consumo humano y agua de la fuente

El Gobierno Regional realiza el análisis Microbiológico, Parasitológico, Organoléptico, Químico Orgánico e Inorgánico de las muestras de agua recolectada en la inspección sanitaria y en el monitoreo de parámetros de campo en los sistemas de abastecimiento de agua. Los análisis se realizan en laboratorios de la DIRIS, DIRESA, GERESA, así como en Laboratorios Acreditados por el Instituto Nacional de Calidad- INACAL.

Para la verificación del Paso 2, el Gobierno Regional registra en el SIVICA, lo siguiente:

3.1 Para muestra de agua de la fuente: Los análisis y registro se realizan teniendo en cuenta el número y tipo de parámetros establecidos en los Estándares de Calidad Ambiental para Agua (Decreto Supremo N° 004-2017-MINAM), según lo señalado en el Anexo A.

3.2 Para muestra de agua recolectada a la salida de la planta de tratamiento, reservorio y red de distribución: Los análisis y registro se realizan teniendo en cuenta el número y tipo de parámetros del Reglamento de la Calidad del Agua para Consumo Humano (Decreto Supremo N° 031-2010-SA), según lo señalado en el Anexo B.

Es válida la caracterización del agua registrada con antigüedad no mayor a 3 años¹ para los parámetros físico-químicos e inorgánicos (Ítem 3.1, Anexo A) y organolépticos e inorgánicos (Ítem 3.2, Anexo B); mientras que, los análisis de los parámetros restantes deberán corresponder al periodo vigente. De no existir registros previos, deberá realizar una nueva caracterización.

Paso 3. Monitoreo de parámetros de campo

- a) De la base de datos SIVICA, se tomará en cuenta los centros poblados con al menos cinco (05) meses para la verificación. Los meses que cuenten con monitoreo, no necesariamente serán consecutivos.

¹ Tres (03) años de antigüedad contabilizados al corte del 30 junio 2025.



Firmado digitalmente por GIROM
ESTELA Teófilo Baltazar FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 11.09.2024 16:30:49 -05:00



Firmado digitalmente por PARRA
SANCHEZ Norma Florentina FAU
20131373237 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 11.09.2024 16:05:26 -05:00



Firmado digitalmente por PALOMINO
SALCEDO Miriam Graciela FAU
20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 11.09.2024 15:54:52 -05:00



PERÚ

Ministerio de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Políticas
y Evaluación Social

Dirección General de
Implementación de Políticas y
Articulación Territorial

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de
Junín y Ayacucho"

- b) Cada monitoreo, deberá contar con el registro de al menos tres (3) o más puntos de muestreo (Reservorio/Planta de tratamiento, red de distribución o solo red de distribución), cada uno con los cinco (05) parámetros de campo².

Paso 4. Reportes de riesgos sanitarios

La DESA, DIRIS, DIRESA o GERESA efectúa el análisis y la sistematización de la información generada en la "caracterización del agua" y "monitoreo de parámetros de campo" de cada sistema de abastecimiento de agua intervenido, y la registra en el SIVICA; por lo tanto, se verifica que el campo "Cargo" este aprobado en al menos un (01) mes en el periodo de evaluación.

- a) El campo "Cargo" es aprobado cuando el Gobierno Regional haya registrado/adjuntado el cargo de recibido del informe de riesgo/alerta sanitaria remitido al Prestador de servicio con copia a los Gobiernos Locales y Dirección Regional de Vivienda Construcción y Saneamiento-DRVCS.
- b) El informe de riesgo/alerta sanitaria será elaborado **según formato proporcionado por DIGESA** considerando los resultados de las actividades señaladas en los Pasos 2, 3 y 4 realizados durante el periodo de verificación.

Del Cumplimiento del Componente 1:

Se da por cumplido el componente 1 cuando se logra alcanzar la meta de los cuatro (04) pasos en el periodo de verificación correspondiente.

COMPONENTE 2:

Paso 1: Consistencia Meta Física

Denominador 1:

De la base de Datos de CEPLAN con corte al 31 de enero de 2025, se identifica la actividad presupuestal de "Vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano" y en ella se verifica que, la "Meta Física Total" en el POI Fase Seguimiento estado aprobado, se ajuste al menos, al "número de centros poblados" de la lista publicada por el MINSA a través de la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA) y no exceder el total de centros poblados con servicio de agua según DATASS.

Numerador 1:

Se visualiza en la actividad presupuestal de "Vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano", que la Meta de avance semestral (junio) en la base de datos de Ceplan sea consistente; es decir, confirma que la variación respecto a la Meta física ejecutada en el SIVICA³ se mantenga dentro del rango de +/- 20%.

Paso 2: Ejecución presupuestal

Se identifica que el presupuesto ejecutado en el SIAF con corte al 30 junio 2025 en la genérica de gasto 2.3, sea l menos del 40% respecto del presupuesto existente en POI con corte 31 enero 2025; es decir:

² Parámetros de campo: Ph, turbiedad, cloro residual, temperatura y conductividad.

³ Se contabiliza como meta física en SIVICA aquellos centros poblado con código de ubigeo, según el INEI, cuente con las 04 cuatro actividades que a continuación se detallan:

1. Evaluación del estado sanitario del sistema de abastecimiento del agua para consumo humano
2. Caracterización del agua para consumo humano.
3. Monitoreo de parámetros de campo en al menos 5 meses no necesariamente consecutivos.
4. Reportes de riesgos sanitarios.



Firmado digitalmente por GIRON
ESTELA Teofilo Baltazar FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 11.09.2024 16:31:02 -05:00



Firmado digitalmente por PARRA
SANCHEZ Norma Florentina FAU
20131373237 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 11.09.2024 16:05:45 -05:00



Firmado digitalmente por PALOMINO
SALCEDO Miriam Graciela FAU
20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 11.09.2024 15:55:00 -05:00



PERÚ

Ministerio de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Políticas
y Evaluación Social

Dirección General de
Implementación de Políticas y
Articulación Territorial

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de
Junín y Ayacucho"

Denominador 2:

De la base de datos de CEPLAN con corte 31 enero 2025, se identifica la actividad presupuestal de "Vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano" y en ella se verifica que, la "cantidad neta total de lo programado / reprogramado" en el POI Fase Seguimiento estado aprobado, se ajuste al menos, al monto aprobado en la Ley para el año fiscal 2025 (PIA) y no exceda el PIM en la genérica de gasto 2.3.

Numerador 2:

De la base de datos del SIAF se calcula el presupuesto ejecutado en el SIAF con corte al 30 junio 2025 en la genérica de gasto 2.3.

Del cumplimiento del indicador:

Se da por cumplido el indicador cuando se logra alcanzar la implementación de las actividades de los Componente 1 y 2, en el periodo de verificación.

Ponderación:

Para la asignación de recursos, se tendrá en cuenta la siguiente ponderación:

- Componente 1.** 90% de la ponderación asignada al indicador.
- Componente 2.** 10% de la ponderación asignada al indicador.

3. Aspectos Metodológicos de la estimación del Indicador.

Método de cálculo del Indicador (3.1) (fórmula)

Indicador:		Numerador:	
AI-02.01 Componente 1		N° de centros poblados que presentan registro de información en Inspección sanitaria (Paso 1), Caracterización del agua (Paso 2), Monitoreo de parámetros de campo (Paso 3) y Reporte de riesgo sanitario (Paso 4).	
AI-02.01 Componente 2		Se verifica la Meta de Avance Semestral asegurando que la meta registrada en el CEPLAN sea coherente con la meta física ejecutada en el SIVICA. Además, se compara la meta física ejecutada en SIVICA con la registrada en el Ceplan, garantizando que la variación entre ambas se mantenga dentro del rango aceptable de +/- 20%.	
		"Meta Física Total" correspondiente a la fase consensuada con el Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) aprobado para el año fiscal 2025, con corte al 31 de enero de 2025, de acuerdo con el Plan Operativo Institucional (POI) alineado con las directrices del Ceplan (Fase aprobado y Financiado Total).	
		En el SIAF, se identifica la Actividad Presupuestal correspondiente a "Vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano". Se considera el presupuesto ejecutado (devengado) con corte al 30 de junio.	
		La programación del POI debe estar en fase consensuada con el Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) y aprobada para el año fiscal 2025. Se identifica la Actividad Presupuestal de	
		Presupuesto total ejecutado (devengado) en la genérica de gasto 2.3 de recursos ordinarios el SIAF correspondiente a "Vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano" con corte al 30 de junio.	
		Cantidad neta total de lo programado o reprogramado correspondiente a la fase consensuada con el Presupuesto	



Firmado digitalmente por GIRON
ESTELA Teófilo Baltazar FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 11.09.2024 16:31:13 -05:00



Firmado digitalmente por PARRA
SANCHEZ Norma Florentina FAU
20131373237 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 11.09.2024 16:06:06 -05:00



Firmado digitalmente por PALOMINO
SALCEDO Miriam Graciela FAU
20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 11.09.2024 15:55:12 -05:00

Av. Paseo de la República 3101 San Isidro, Lima – Perú | Central telefónica: (51-1) 631-8000, Línea MIDIS (51-1) 631-8030

Línea gratuita 0800 00000 | www.midis.gob.pe



PERÚ

Ministerio de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Políticas
y Evaluación Social

Dirección General de
Implementación de Políticas y
Articulación Territorial

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de
Junín y Ayacucho"

"Vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano". Se verifica que la cantidad neta total programada o reprogramada sea coherente con el monto aprobado en la Ley para el año fiscal 2025 (PIA) y que no exceda el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) 2025 en la genérica de gasto 2.3 de recursos ordinarios.

Institucional de Apertura (PIA) y que no exceda el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) en la genérica de gasto 2.3, aprobado para el año fiscal 2025, con corte al 31 de enero de 2025, de acuerdo con el Plan Operativo Institucional (POI) alineado con las directrices del Ceplan.

Periodicidad de Medición ^(3.2)

- Única verificación 30 de junio del 2025 (enero a junio 2025).

Precisiones de la medición de indicador:

- La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde a la Dirección de Seguimiento del Midis, y al MINSA-DIGESA.
- Para fines de verificación de porcentajes se redondea al primer decimal.

Niveles de desagregación ^(3.3)

Geográfico: Nacional, regional, provincial, local, centro poblado.

Administrativo: Institucional: Pliego, Unidad Ejecutora e IPRESS.

4. Fuente de datos y flujo de la información.

Numerador: SIVICA-DIGESA, SIAF y CEPLAN

Denominador: CEPLAN

Instrumento de recolección de información ^(4.2)

SIVICA-DIGESA

SIAF-MEF

CEPLAN

DATASS-MVCS

Responsable de los datos e información ^(4.3)

Recopilación de datos:

Dirección General de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria - Dirección de Control y Vigilancia - MINSA.

Procesamiento de datos:

Dirección de Seguimiento - DGSE - MIDIS

Sintaxis ^(4.4)

Para la verificación:

COMPONENTE 1:

Paso 1. Evaluación del estado sanitario del sistema de abastecimiento del agua para consumo humano:

- De la base de datos SIVICA se considera el código "Id. Sistema de Abastecimiento de Agua" y/o "Id. Sistema" para la identificación del centro poblado con código de ubigeo Inei.
- El centro poblado cuenta con inspección sanitaria cuando los campos "Fecha de Creación" y "Fecha de inspección" de la base de datos del SIVICA, correspondan al periodo de verificación.

Paso 2. Caracterización del agua para consumo humano y agua de la fuente

- De la base de datos SIVICA se considera los centros poblados con código de ubigeo Inei.
- De la base de datos del SIVICA, se identifica el registro de la caracterización de la(s) muestra(s) de agua recolectada en la(s) fuente(s) según número y tipo señalados en el Anexo A.
- De la base de datos del SIVICA, se identifica el registro de la caracterización de la muestra de agua recolectada en al menos un punto de muestreo (reservorio/planta de tratamiento/red de distribución) según número y tipo señalados en el Anexo B.
- Es válida la caracterización del agua registrada con antigüedad no mayor a 3 años para los parámetros de Fuentes de agua del grupo físico-químico e inorgánicos (Anexo A) y Agua para consumo humano, del grupo



Firmado digitalmente por GIRON
ESTELA Teofilo Baltazar FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 11.09.2024 16:31:24 -05:00



Firmado digitalmente por PARRA
SANCHEZ Norma Florentina FAU
20131373237 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 11.09.2024 16:06:36 -05:00

Av. Paseo de la República 3101 San Isidro, Lima - Perú | Central telefónica: (51-1) 631-8000, Línea MIDIS (51-1) 631-8030
Línea gratuita 0800 000000 | www.midis.gob.pe



Firmado digitalmente por PALOMINO
SALCEDO Miriam Graciela FAU
20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 11.09.2024 15:55:22 -05:00



PERÚ

Ministerio de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Políticas
y Evaluación Social

Dirección General de
Implementación de Políticas y
Articulación Territorial

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de
Junín y Ayacucho"

organolépticos e inorgánicos (Anexo B); mientras que, los análisis de los parámetros restantes deberán corresponder al periodo vigente. De no existir registros previos, deberá realizar una nueva caracterización.

- Se da por cumplido la actividad cuando exista el registro de al menos un (01) punto de muestreo en el SIVICA que cumpla con el Anexo A y/o B.

Paso 3. Monitoreo de parámetros de campo

- De la base de datos SIVICA se considera los centros poblados con código de ubigeo Inei.
- Se selecciona los centros poblados que cuentan con monitoreo de parámetros de campo, en al menos cinco (05) meses del periodo de verificación. Los meses que cuentan con monitoreo, no necesariamente serán consecutivos.
- Cada mes monitoreado deberá contar con el registro de tres (03) o más puntos de muestreo: Reservorio/planta de tratamiento, red de distribución (primera vivienda, vivienda intermedia y/o última vivienda) o solo red de distribución y cada registro contará los cinco (5) parámetros de campo (Ph, temperatura, turbiedad, conductividad y cloro residual).
- Para el registro en el SIVICA, se considera los registros hasta los primeros 15 días del siguiente mes, siempre y cuando la fecha de muestreo se encuentre en el periodo de medición.

Paso 4. Reportes de riesgos sanitarios

- De la base de datos del SIVICA, se verifica que el campo "Cargo" este aprobado en al menos un (01) mes en el periodo de evaluación.
- La información podrá ser registrada en el SIVICA, en el periodo de verificación.

COMPONENTE 2:

Paso 1. Consistencia de Meta Física

De la base de datos de CEPLAN con corte al 31 de enero de 2025, se observa lo siguiente:

Denominador 1:

- Asegúrese de que la programación del POI esté en Fase consistenciada con el PIA y aprobada para el año fiscal 2025.
- Identifique la actividad presupuestal de "Vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano".
- Verifique que la Meta Física Total sean coherentes, es decir, en términos de número de centros poblados, asegúrese de que:
 - Coincidan con la lista de centros poblados a intervenir publicada por el MINSA a través de la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA).
 - No excedan el total de centros poblados con servicio de agua según DATASS.

Numerador 1:

- En base de datos CEPLAN se identifique la Actividad Presupuestal correspondiente a "Vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano".
- Posteriormente se verifica la Meta de Avance Semestral:
 - Asegúrese de que la meta de avance semestral registrada en el Ceplan sea coherente con la meta física ejecutada en el SIVICA⁴.



Firmado digitalmente por GIRDO
ESTELA Teofilo Baltazar FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 11.09.2024 16:32:06 -05:00 4

Se contabiliza como meta física en SIVICA aquellos centros poblado con código de ubigeo, según el INEI, cuente con las 04 cuatro actividades que a continuación se detallan:

1. Evaluación del estado sanitario del sistema de abastecimiento del agua para consumo humano
2. Caracterización del agua para consumo humano.
3. Monitoreo de parámetros de campo en al menos 5 meses no necesariamente consecutivos.
4. Reportes de riesgos sanitarios.



Firmado digitalmente por PARRA
SANCHEZ Norma Florentina FAU
20131373237 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 11.09.2024 16:07:07 -05:00

Av. Paseo de la República 3101 San Isidro, Lima – Perú | Central telefónica: (51-1) 631-8000, Línea MIDIS (51-1) 631-8030

Línea gratuita 0800 00000 | www.midis.gob.pe



Firmado digitalmente por PALOMINO
SALCEDO Miriam Graciela FAU
20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 11.09.2024 15:55:32 -05:00



PERÚ

Ministerio de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Políticas
y Evaluación Social

Dirección General de
Implementación de Políticas y
Articulación Territorial

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

- Compare la meta física ejecutada en SIVICA con la meta registrada en Ceplan.
- Asegúrese de que la variación entre ambas metas se mantenga dentro del rango aceptable de +/- 20%.

Paso 2. Consistencia de presupuesto ejecutado y programado.

Denominador 2: A partir de la base de datos de CEPLAN con corte al 31 de enero de 2025, se observa lo siguiente:

- Que la programación del POI esté en Fase consistenciada con el PIA y aprobada para el año fiscal 2025.
- Identifique la actividad presupuestal de "Vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano".
- Verifique que la cantidad neta total de lo programado / reprogramado sea coherentes: Al menos con monto aprobado en la Ley para el año fiscal 2025 (PIA) y no exceda el PIM 2025 en la genérica de gasto 2.3 de recursos ordinarios.

Numerador 2:

- En el SIAF identifique la Actividad Presupuestal:
- En la genérica de gasto 2.3 de recursos ordinarios
- correspondiente a "Vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano"⁵.
- Presupuesto ejecutado (Devengado) con corte al 30 de junio.

Del Cumplimiento del Componente 2:

Se da por cumplido el componente 2 cuando ha alcanzado al menos el XX% (meta asumida) en los dos (02) pasos en el periodo de verificación correspondiente.

Del cumplimiento del indicador:

Se da por cumplido el indicador cuando se logra alcanzar la implementación de las actividades de los Componente 1 y 2, en el periodo de verificación.

Ponderación:

Para la asignación de recursos, se tendrá en cuenta la siguiente ponderación:

- a) **Componente 1.** 90% de la ponderación asignada al indicador.
- b) **Componente 2.** 10% de la ponderación asignada al indicador.

Referencias Bibliográficas (4.5)

Aplicativo informático administrado por DIGESA-MINSA, <http://SIVICA.minsa.gob.pe/web#min>

Definiciones Operacionales del PP-001 aprobado mediante Resolución Ministerial N° 878-2019-MINSA.

Reglamento de la calidad de Agua para Consumo Humano: D.S. N° 031-2010-SA



Firmado digitalmente por GIRON
ESTELA Teofilo Baltazar FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 11.09.2024 16:32:47 -05:00



Firmado digitalmente por PARRA
SANCHEZ Norma Florentina FAU
20131373237 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 11.09.2024 16:07:38 -05:00



Firmado digitalmente por PALOMINO
SALCEDO Miriam Graciela FAU
20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 11.09.2024 15:54:31 -05:00

⁵ La sintaxis podrían experimentar modificaciones en función al proceso de incorporación de la actividad "Vigilancia de la calidad de agua para consumo humano" en la Estructura Funcional Programática del PPor-DIT, implicando la actualización de la misma.

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000028

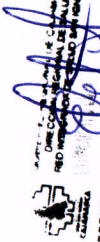
UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Centro de Costo: 1654.12 COORDINACION SALUD AMBIENTAL
Fecha de Solicitud: 05/02/2025

Código Ítem N.-	ITEM Descripción del Ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
070500010009	ANALISIS MICROBIOLOGICO	Servicio	0.00	0.00	0.00	3,000.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): SOLICITO INCLUIR ÍTEM POR SER URGENTE Y NECESARIO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DE ANALISIS DE LA CALIDAD DELA GUA PARA CONSUMO HUMANO
De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación: SOLICITO INCLUIR ÍTEM POR SER URGENTE Y NECESARIO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DE ANALISIS DE LA CALIDAD DELA GUA PARA CONSUMO HUMANO

- 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:


Blga. Esthefanie Fuentes Pizarro
JEFE DE EQUIPO DE SALUD AMBIENTAL

Firma: Responsable del Área Usuaria



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

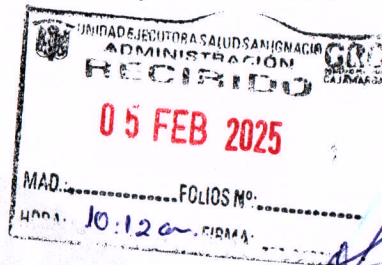
MAD: 10612119

San Ignacio, 05 de febrero del 2024.

OFICIO N°33-2025-GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG/C.SA.

SEÑOR:

MG. ADM. ROGER EFREN HUAMAN RAMIREZ
JEFE DE ADMINISTRACION DE LA RIS SAN IGNACIO



ASUNTO: REMITO ANEXO N°05 DE SOLICITUD DE MODIFICACIÓN

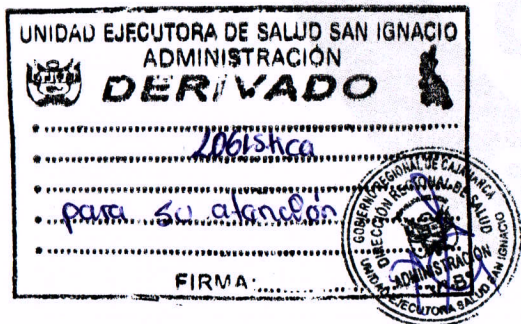
Por medio del presente me dirijo a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez solicito la inclusión, para cumplimiento de la ejecución al 100% del presupuesto asignado y a la vez remito Anexo N°5 de solicitud de modificación del cuadro multianual de necesidades.

Adjunto:

- ANEXO N°05

Sin otro particular me despido de usted, no sin antes manifestarle mi aprecio y estima personal.

Atentamente



Blga. Estefanie Fuentes Pizarro
JEFE DE EQUIPO DE SALUD AMBIENTAL

C.c.: Archivo
EFP/myrr



UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Centro de Costo: 1654.12 COORDINACION SALUD AMBIENTAL
Fecha de Solicitud: 05/02/2025

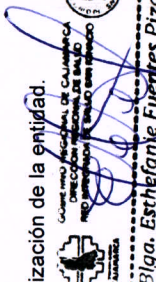
Código Ítem N.-	ÍTEM Descripción del Ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
071100380305	SERVICIO DE ASISTENCIA TECNICA ADMINISTRATIVA	Servicio	0.00	0.00	0.00	16,500.00
172100040013	GASOLINA REGULAR	Galon	0.00	0.00	74.00	0.00
767400061403	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA KONICA MINOLTA COD. REF. TN 118 NEGRO	Unidad	0.00	0.00	2.00	0.00
899600070111	CHALECO DE DRIL TIPO PERIODISTA UNISEX	Unidad	0.00	0.00	15.00	0.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): SOLICITO INCLUIR DE MANERA URGENTE LOS ITEMS DE LA META 123 CON LA FINALIDAD DE CUMPLIR DE MANERA OPORTUNA Y MANERA OPORTUNA Y EFICAZ EL ACTIVIDAD C0070: VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO.

De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación: SOLICITO INCLUIR DE MANERA URGENTE LOS ITEMS DE LA META 123 CON LA FINALIDAD DE CUMPLIR DE MANERA OPORTUNA Y EFICAZ EL ACTIVIDAD C0070: VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO.

- 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:


COMANDO EN JEFE
Fuerzas Armadas de
Perú
Fuerzas Armadas de
Perú
Fuerzas Armadas de
Perú


Blga. Esthefanie Fuentes Pizarro
JEFE DE EQUIPO DE SALUD AMBIENTAL

Firma: Responsable del Área Usuaria

MAD: **10639378**

San Ignacio, 07 de febrero del 2025

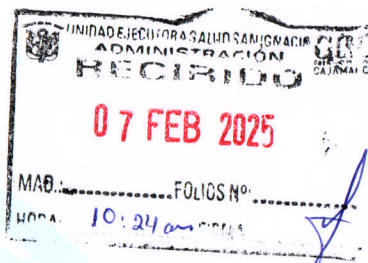
OFI. N° 14-2025-GR.CA/DRSC/RIS.SI/D-OF.COMUNIC.

Señor:

LIC. ROGGER EFRÉN HUAMÁN RAMÍREZ
JEFE DE ADMINISTRACIÓN

ASUNTO : SOLICITO INCLUSIÓN DE ITEM DE SERVICIO DEL CMN

ATENCIÓN : OFICINA DE LOGÍSTICA



Por medio del presente me dirijo a usted, para saludarlo y al mismo tiempo hacer de conocimiento lo siguiente:

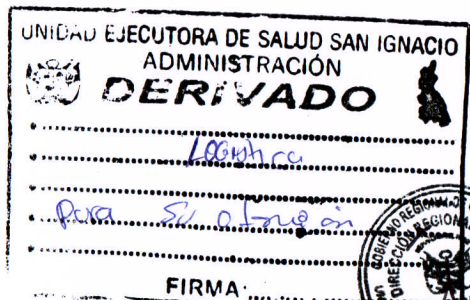
la inclusión del ítem de servicio del CMN N° 033 para cumplir las actividades del área de comunicaciones.

Adjunto el CMN N°033

Atentamente;

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA DE SALUD SAN IGNACIO

Bach. Nilda L. Penachí Milán
RESPONSABLE OFICINA DE COMUNICACIÓN



UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Centro de Costo: 1654.06 OFICINA DE COMUNICACIONES
Fecha de Solicitud: 07/02/2025

Código 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/

071100431207	SERVICIO DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO	Servicio	0.00	0.00	0.00	9,000.00
--------------	-------------------------------------	----------	------	------	------	----------

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): SOLICITO INCLUSIÓN DEL ÍTEM SERVICIO DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO

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:

Gobierno Regional Tachirac

Dirección Regional de Salud

Unidad Ejecutora Salud San Ignacio

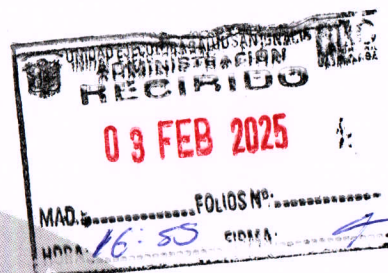
Sacha Nilda L. Penachí Milán

Responsable Oficina de Comunicación

Firma: Responsable del Área Usuaria

MAD. N° : **10603948**

OFICIO N° 1 - 2025- GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG-ADM/LOG:



SEÑOR : LIC. ROGER HUAMÁN RAMÍREZ
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN R.S.S.I

ATENCIÓN : OFICINA DE LOGÍSTICA

ASUNTO : SOLICITO APROBACIÓN DE MODIFICACIÓN DEL CMN -ANEXO 05

FECHA : San Ignacio, 03 de febrero del 2025

Es grato dirigirme a usted para brindarle mi cordial saludo y al mismo tiempo solicitarle la Aprobación de Modificación del Cuadro Multianual de Necesidades N°17, para realizar el pedido de solicitud de Servicio de Auxiliar Administrativo en la meta 93, FF-RB: R.O y en la específica de gasto:23.29.11 para el centro de costo de Logística.

Agradeciendo su gentil atención al presente, me despido reiterándole mi gran consideración y estima personal.

Se adjunta Anexo 05.



Atentamente



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO
Dra. Lic. Rossitain Domínguez Flores
JEFE DE LOGÍSTICA

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000017

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Centro de Costo: 1654.020301 OFICINA DE LOGISTICA
Fecha de Solicitud: 03/02/2025

Código Item N.-	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
071100431207	SERVICIO DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO	Servicio	0.00	0.00	0.00	8,500.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27):SOLICITO INCLUSION DE ITEM PARA LA CONTRATACION DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO

De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:OFICIO N° 1 - 2025- GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG-ADM/LOG:

- 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 DE LIMA

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

RED INTEGRAL DE SALUD-SAN MIGUEL


Dra. Lidia Rossini Domínguez Flores
JEFE DE LOGÍSTICA

Firma: Responsable del Área Usuaria

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

MAD N°: 10617674

San Ignacio, 06 de febrero del 2025

OFI N° 44-2025-GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG/SISMED

Sr: Lic. Adm. Roger E. Huamán Ramirez
Jefe de Administración de la Unidad Ejecutora Salud San Ignacio

Atención : Dra. Lic. Rossitaín Dominguez Flores
Jefa De Logística U.E Salud San Ignacio

Asunto: Remito Anexo N° 05- Solicitud de modificación del CMN.

Mediante el presente me dirijo a usted para saludarle muy cordialmente y al mismo tiempo, hacerle llegar el Anexo N° 05: Solicitud de modificación del Cuadro Multianual de necesidades, con el fin de solicitar incorporación de ítems al programa presupuestal 0016 – meta 28.

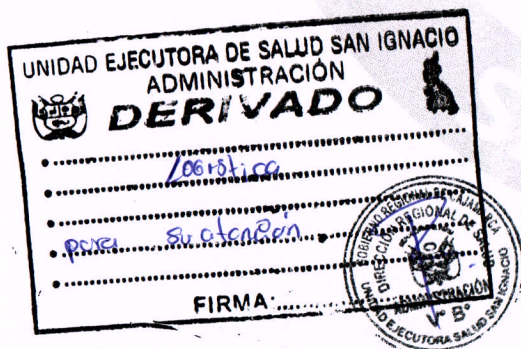
Adjunto: Anexo N° 05 - Solicitud de modificación del CMN N°0031

La incorporación de dichos ítems es de carácter urgente, teniendo en cuenta la necesidad de la contratación de personal para gestionar la información y el proceso de suministro público de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, en cumplimiento a la normativa SISMED Vigente.

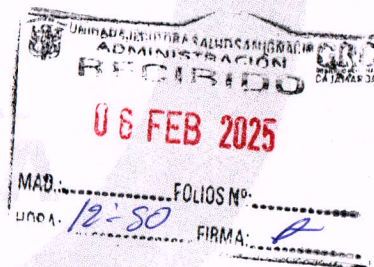
Agradeciendo su gentil atención al presente, me despido reiterándole mi gran consideración y estima personal.

Atentamente;

Cc.
☐ : Archivo
AMBA/ygao



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO
Mg. Q.F. Ana María Baltodano Armas
C.Q.F.P. N° 07599
JEFE DEL SISMED



UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654
Centro de Costo: 1654.14 UNIDAD DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS
Fecha de Solicitud: 06/02/2025

Código ítem N.º	ITEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
071100387792	SERVICIO ESPECIALIZADO EN INGENIERÍA DE SISTEMAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	18,000.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): INCORPORACION DE ITEM

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:

 **RIS**
Mg. Q.F. Ana María Beltramo Armas
C.O.F.P. N° 07599
JEFE DEL SERVICIO

Firma: Responsable del Área Usuaria

MAD: 10616638

San Ignacio, 06 de febrero del 2025

OFICIO N° 40 -2024-GR-CAJ-DRSC-RSSI-D-DSP/CSS

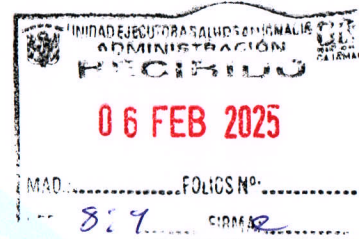
SEÑOR:

LIC. ADM. ROGER EFREN HUAMAN RAMIREZ

Director de Administración de la Red Integrada de Salud San Ignacio
Presente.

ATENCIÓN : JEFE DE LOGISTICA

**ASUNTO : REMITO ANEXO N°05-SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO
MULTIANUAL DE NECESIDADES N°0000000030**



Es grato dirigirme a Usted para expresarle mi cordial salud y al mismo tiempo hacerle llegar el ANEXO N°05-SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N°0000000030, con la finalidad de solicitar **INCLUSIÓN** en la siguiente meta:

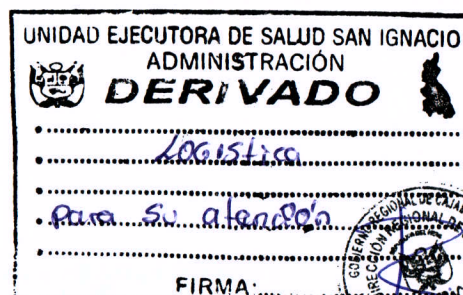
✚ **META: 102 – Clasificador: 2 3.13. 1 1**

Es propicia la oportunidad, para reiterarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

JMTG/dnh
C.c: Archivo

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA DE SALUD SAN IGNACIO
Lic. Jhonny M. Taboada Grados
JEFE DE EQUIPO DE SERVICIOS DE SALUD



ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000030

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

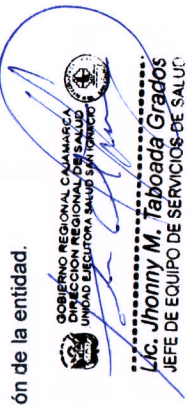
Centro de Costo: 1654.1003 COORDINACION DE SERVICIOS DE SALUD
Fecha de Solicitud: 06/02/2025

ITEM		Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
Código Item N.-	Descripción del Item		Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
172100040002	GASOLINA DE 90 OCTANOS	Galon	0.00	0.00	35.00	0.00
172100070024	DIESEL B5	Galon	85.00	0.00	0.00	0.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): SOLICITUD DE INCLUSIÓN

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:


GOBIERNO REGIONAL CALLAO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO

Lfc. Jhonny M. Tapoada Grados
JEFE DE EQUIPO DE SERVICIOS DE SALUD

Firma: Responsable del Área Usuaria

MAD: 10618439

San Ignacio, 06 de febrero del 2025

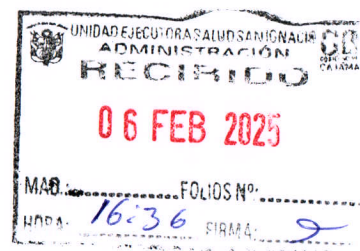
OFICIO N° 41 -2024-GR-CAJ-DRSC-RSSI-D-DSP/CSS

SEÑOR:

LIC. ADM. ROGER EFREN HUAMAN RAMIREZ

Director de Administración de la Red Integrada de Salud San Ignacio

Presente.



ATENCIÓN : JEFE DE LOGISTICA

ASUNTO : REMITO ANEXO N°05-SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO
MULTIANUAL DE NECESIDADES N°0000000032

Es grato dirigirme a Usted para expresarle mi cordial salud y al mismo tiempo hacerle llegar el ANEXO N°05-SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N°0000000032, con la finalidad de solicitar **INCLUSIÓN** en la siguiente meta:

✚ META: 102 – Clasificador: 2 3.1 5. 3 1 Y 2 3.1 5.1 2

Es propicia la oportunidad, para reiterarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

JMTG/dnh
C.c: Archivo

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
Lic. Jhonny M. Taboada Grados
JEFE DE EQUIPO DE SERVICIOS DE SALUD



ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000032

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Centro de Costo: 1654.1003 COORDINACION DE SERVICIOS DE SALUD
Fecha de Solicitud: 06/02/2025

Código 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/
133000240075	LEJIA (HIPOCLORITO DE SODIO) AL 5% X 1 gal	Unidad	20.00	0.00	0.00	0.00
139200100026	JABON DE TOCADOR LIQUIDO X 500 mL	Unidad	0.00	0.00	10.00	0.00
139200120042	PAPEL HIGIENICO (ROLLO PERSONAL) DOBLE HOJA BLANCO	Unidad	0.00	0.00	31.00	0.00
139200160343	PAPEL TOALLA DOBLE HOJA BLANCO X 100 HOJAS	Unidad	0.00	0.00	30.00	0.00
710300010004	CINTA ADHESIVA TRANSPARENTE 1 in X 72 yd	Unidad	0.00	0.00	2.00	0.00
710300060057	GOMA EN BARRA X 40 g APROX.	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00
710300120076	NOTA AUTOADHESIVA 3 in X 3 in X 5 COLORES X 400 HOJAS	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00
710600060044	FORRO DE PLASTICO TRANSPARENTE TAMAÑO OFICIO X 5 m	Unidad	0.00	0.00	4.00	0.00
710600100234	SOBRE MANILA TAMAÑO A4	Emp X 50	15.00	0.00	0.00	0.00
717200050227	PAPEL BOND 75 g TAMAÑO A4	Emp X 500	0.00	0.00	10.00	0.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): SOLICITUD DE INCLUSIÓN

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:


GOBIERNO REGIONAL CAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE INGENIERÍA
Y AGROPECUARIA SALUD SAN IGNACIO

Lic. Jhonny M. Taboada Grados
JEFE DE EQUIPO DE SERVICIOS DE SALUD

Firma: Responsable del Área Usuaria

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

San Ignacio, 04 de febrero del año 2025.

OFICIO N° 095-2025-GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG/RRHH

Señor:

LIC. ADM. ROGER EFRÉN HUAMÁN RAMÍREZ
DIRECTOR DE LA OFICINA DE ADMINISTRACION

MAD: 10610151

ATENCIÓN:

M.G. ROSSITAIN DOMINGUEZ FLORES
Jefe de la Unidad de Logística

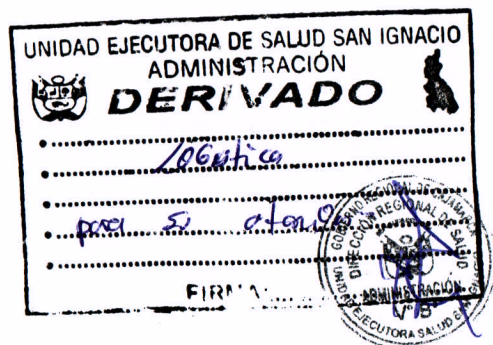
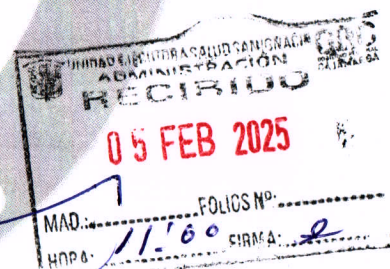
ASUNTO: SOLICITO MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N°
00000000019

Mediante el presente me dirijo a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez SOLICITAR se realice la modificación del cuadro anual de necesidades N° 00000000019, tal como se detalla en el referido que adjunto.

Es propicia la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO
ABG. JOSÉ MANUEL VILLANUEVA RÍOS
JEFE DE UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS



ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000019

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Centro de Costo: 1654.0301 OFICINA DE RECURSOS HUMANO
Fecha de Solicitud: 04/02/2025

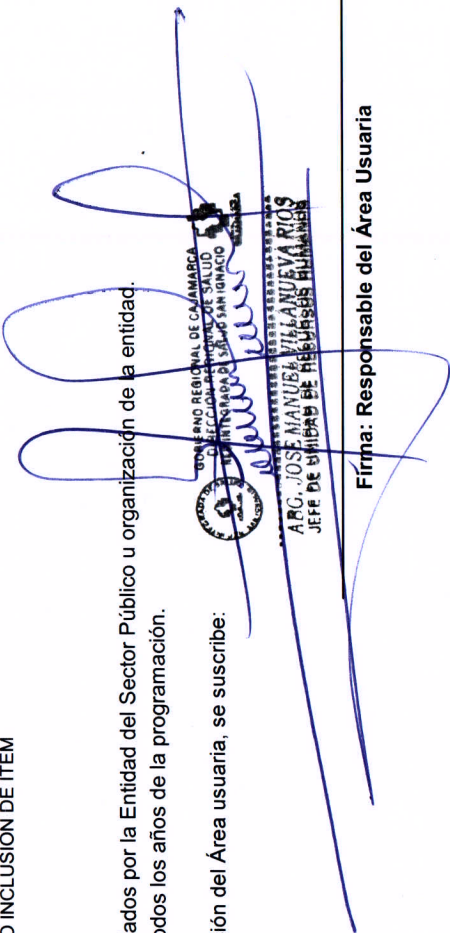
Código ítem N.-	ITEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/

716000080108	SELLO AUTOENTINTABLE CIRCULAR DE 24 mm APROX.	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00
716000080113	SELLO AUTOENTINTABLE DE 47 mm X 18 mm APROX.	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN. al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27):SOLICITO INCLUSION DE ITEM

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:


GOBIERNO REGIONAL DE CAMARCA
SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE RECURSOS HUMANOS
ARG. JOSE MANUEL VILLANUEVA RIOS
JEFE DE UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

Firma: Responsable del Área Usuaria



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"



MAD: 10610177

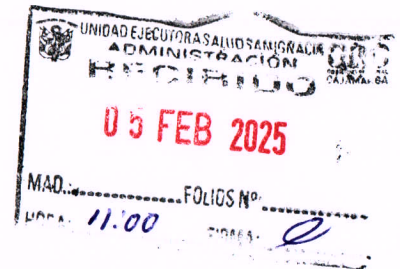
OFICIO N° 96 - 2025-GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG/RR.HH

A: LIC. ROGER EFRÉN HUAMÁN RAMÍREZ
JEFE DE LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN

ATENCIÓN: DRA. ROSSITAIN DOMINGUEZ FLORES
JEFE DE LA OFICINA DE LOGISTICA

ASUNTO: SOLICITO INCLUSION DE ITEM

FECHA: San Ignacio, 10 de diciembre del año 2024.



Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez solicito a su despacho la inclusión de ITEM para la adquisición de papeletas de salida para la oficina de control asistencial de la Sede administrativa de la Red Integrada de Salud San Ignacio.

➤ Se adjuntan anexos 5

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresar las muestras de mi especial consideración y estima.

Atentamente

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO
ING. JOSE MANUEL VILLANUEVA RIOS
JEFE DE UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

Cc.
:

Archivo



ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000000018

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Centro de Costo: 1654.0301 OFICINA DE RECURSOS HUMANO
Fecha de Solicitud: 04/02/2025

ITEM		CANTIDAD Y/O VALORES			
		EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
Código Item N.-	Descripción del Item	Unidad de Medida	Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total
501500030130	SERVICIO DE EDICIÓN E IMPRESIONES	Servicio	0.00	0.00	0.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27):solicito inclusion de ITEM

De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:solicito inclusion de ITEM

- 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 DE TACNA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE SALUD INTEGRADA
ABEL JOSE VILLANUEVA RIOS
JEFE DE UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

Firma: Responsable del Área Usuaria

MAD N° 10613359

San Ignacio, 5 de febrero de 2025

OFI N° 14 – 2025-GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG/OEI

Señor:

LIC. ROGER EFRÉN HUAMÁN RAMÍREZ
Director Administrador
RIS - San Ignacio

Atención:

Lic. Adm. Rossitain Domínguez Flores
Jefe de Logística de la RIS - San Ignacio

Presente.-

ASUNTO : Remito anexos N° 05 – Solicitud de Modificación del CMN.

Es grato dirigirme al despacho de su digno cargo para saludarlo muy cordialmente y al mismo tiempo, hacerle llegar el anexo N° 05 de modificación del Cuadro Multianual de Necesidades, con el fin de solicitar la incorporación de los ITEM al programa presupuestal 9001, meta 110 RO.

Adjunto Anexo N° 05 solicitud de modificación de CMN N° 0000022

Agradeciendo por anticipado la atención que le brinde al presente, quedo agradecido de usted no sin antes reiterar las muestras de mi especial consideración y estima personal

Atentamente,

CC
Archivo
RFSS/mb

RED DE SALUD SAN IGNACIO
LOGISTICA
RECIBIDO
05 FEB 2025
REG: FOLIOS N°:
HORA: 04:14 pm FIRMA: 

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA DE SALUD SAN IGNACIO
Tte. RONALD F. SAMAME SAAVEDRA
RESP. OFICINA DE SISTEMAS E INFORMÁTICA

UNIDAD EJECUTORA DE SALUD SAN IGNACIO
ADMINISTRACIÓN
DERIVADO
20613359
para su elaboración
FIRMA: 

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000022

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Centro de Costo: 1654.05 OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA
Fecha de Solicitud: 05/02/2025

Código 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/

140400031574	SOFTWARE (INC. LICENCIA) ANTIVIRUS CORPORATIVO	Unidad	0.00	0.00	120.00	0.00
--------------	--	--------	------	------	--------	------

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): SOLICITUD DE INCLUSIÓN PARA ADQUISICIÓN DE LICENCIAS DE SOFTWARE OFFICE 2021

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:


GOBIERNO REGIONAL CHIMBOTE
SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTIVA DE SALUD
Téc. RONALD F. SAMANE-SAAVEDRA
REF: OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMATICA

Firma: Responsable del Área Usuaria

MAD N°: **10614976**

San Ignacio, 05 de febrero 2025

OFICIO N° 19 - 2025- GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG-SP-AIS/PEDIT:

SEÑOR : LIC. ROGER HUAMÁN RAMÍREZ
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN R.S.S.I

ATENCIÓN : OFICINA DE LOGÍSTICA

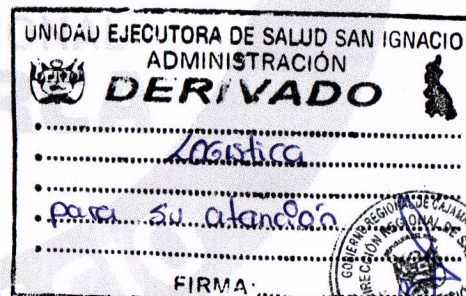
ASUNTO : SOLICITO APROBACIÓN DE MODIFICACIÓN DEL CMN -ANEXO 05

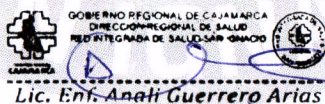
Es grato dirigirme a usted para brindarle mi cordial saludo y al mismo tiempo solicitarle la Aprobación de Modificación del Cuadro Multianual de Necesidades, para realizar el pedido de solicitud de servicio de refrigerios y almuerzos en la meta 86 para el centro de costo San Ignacio, Chirinos, San José de Lourdes, Huarango y Namballe.

Agradeciendo su gentil atención al presente, me despido reiterándole mi gran consideración y estima personal.

Se adjunta Anexo 05.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO

Lic. Enl. Anali Guerrero Arias



UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

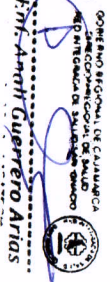
Centro de Costo: 00004267 I-4 SAN IGNACIO
Fecha de Solicitud: 05/02/2025

ÍTEM		CANTIDAD Y/O VALORES				
Código Ítem N.-	Descripción del Ítem	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
040100010017	SERVICIO DE PREPARACION DE REFRIGERIOS	Servicio	0.00	0.00	0.00	150.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27):solicito inclusion de preparacion de refrijerios para san ignacio

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:



GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO
SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN DE SALUD BUENA VIDA

Lic. Fmk. Anahí Guerrero Arias

Firma: Responsable del Área Usuaria

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Centro de Costo: 00004296 I-3 NAMBALLE
Fecha de Solicitud: 05/02/2025

Código Item N.-	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total \$/	Cantidad Total	Valor Total \$/
040100010017	SERVICIO DE PREPARACION DE REFRIGERIOS	Servicio	0.00	0.00	0.00	84.00
040100010026	SERVICIO DE PREPARACION DE ALMUERZO	Servicio	0.00	0.00	0.00	168.00

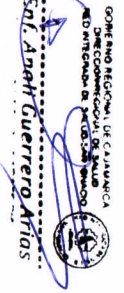
Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27);SOLICITO INCLUSION DE PREPARACION DE ALMUERZOS Y REFRIGERIOS

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:



COMANDO EN JEFE
FUERZA ARMADA DE LA GUAYANA FRANCESA
COMANDO EN JEFE
FUERZA ARMADA DE LA GUAYANA FRANCESA



Lic. BnL. Adán Guerrero Arias

Firma: Responsable del Área Usuaria

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Centro de Costo: 00004279 I-3 HUARANGO
Fecha de Solicitud: 05/02/2025

Código Item N.-	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
040100010017	SERVICIO DE PREPARACION DE REFRIGERIOS	Servicio	0.00	0.00	0.00	120.00
040100010026	SERVICIO DE PREPARACION DE ALMUERZO	Servicio	0.00	0.00	0.00	240.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27);SOLICITO INCLUSION DE PREPARACION DE ALMUERZOS Y REFRIGERIOS

De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:

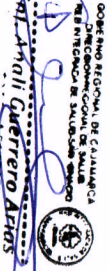
- 1/ La información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público u organización de la entidad.
- 2/ La información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado 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:



GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO

GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO

GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO



Lic. Esp. Ameli Guerrero Arias

Firma: Responsable del Área Usuaría

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000025

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

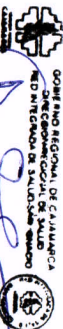
Centro de Costo: 00004300 I-3 SAN JOSÉ DE LOURDES
Fecha de Solicitud: 05/02/2025

Código Item N -	Descripción del Item	ITEM	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
				EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
				Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
040100010017	SERVICIO DE PREPARACION DE REFRIGERIOS		Servicio	0.00	0.00	0.00	132.00
040100010026	SERVICIO DE PREPARACION DE ALMUERZO		Servicio	0.00	0.00	0.00	264.08

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): SOLICITO INCLUSION DE PREPARACION DE REFRIGERIOS Y ALMUERZOS PARA CENTRO DE SALUD SAN JOSE DE LOURDES

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:


Lic. *Enmanuel Guerrero Arias*

Firma: Responsable del Área Usuaría

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000024

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Centro de Costo: 00004274 I-3 CHIRINOS

Fecha de Solicitud: 05/02/2025

Código Item N.-	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
040100010017	SERVICIO DE PREPARACION DE REFRIGERIOS	Servicio	0.00	0.00	0.00	96.00
040100010026	SERVICIO DE PREPARACION DE ALMUERZO	Servicio	0.00	0.00	0.00	192.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27);SOLICITO INCLUSION DE PREPARACION DE REFRIGERIOS Y ALMUERZOS

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:


GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO
DEPARTAMENTO DE SALUD
LIC. ERI. Angeli Guerra Arias

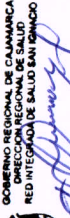
Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000007

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Fecha de Solicitud	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/	
1654.13 - Unidad De Seguros									
05/02/2025	0000000021	071100382411	SERVICIO DE REVISION DIGITACION Y SISTEMATIZACION DE INFORMACION	Servicio	0.00	0.00	0.00	5,400.00	
05/02/2025	0000000021	071100384948	SERVICIO DE REVISION Y EVALUACION DE EXPEDIENTES DE ATENCIONES MEDICAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	12,000.00	
05/02/2025	0000000021	071100387792	SERVICIO ESPECIALIZADO EN INGENIERÍA DE SISTEMAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	35,200.00	
05/02/2025	0000000021	210100010010	SERVICIO DE DIGITACION	Servicio	0.00	0.00	0.00	18,000.00	

- 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" 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 de la Entidad del Sector Público u organización de la entidad, se suscribe:


GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO

Dra. Lic. Rosstain Dominguez Flores
JEFE DE LOGISTICA


GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO

Lic. Adm. Roger Efraim Huaman Ramirez
DIRECTOR DE ADMINISTRACION

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

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

MAD N°: 10613060

San Ignacio, 05 de febrero del 2025

OFICIO N°55 -2025- GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG/U. S

Sr: Lic. Adm. Roger E. Huamán Ramirez
Jefe de Administración de la Unidad Ejecutora Salud San Ignacio

Atención : Dra. Lic. Rossitaín Dominguez Flores
Jefa De Logística U.E Salud San Ignacio

Asunto: Remito Anexo N° 05- Solicitud de modificación del CMN.

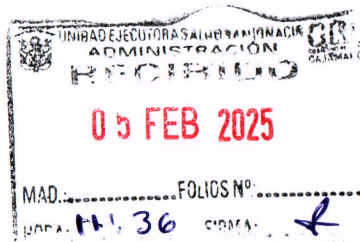
Mediante el presente me dirijo a usted para saludarle muy cordialmente y al mismo tiempo, hacerle llegar el Anexo N° 05: Solicitud de modificación del Cuadro Multianual de necesidades, con el fin de solicitar incorporación de ítems al programa presupuestal 9002 – meta 135.

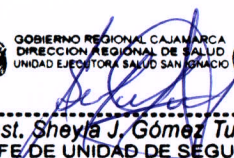
Adjunto: Anexo N° 05 - Solicitud de modificación del CMN N°0021

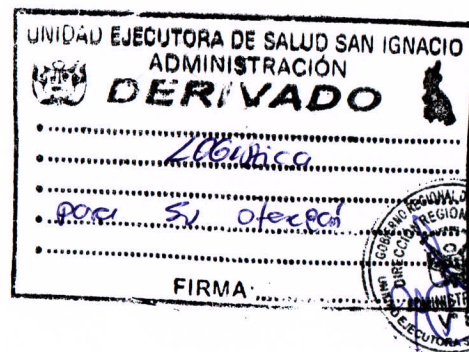
La incorporación de dichos ítems es de carácter urgente, teniendo en cuenta la necesidad de la contratación de personal para el registro y revisión de las prestaciones de Salud, en cumplimiento del convenio y normativas SIS Vigentes, las cuales establecen un plazo máximo de 30 días calendarios para el registro de información.

Agradeciendo su gentil atención al presente, me despido reiterándole mi gran consideración y estima personal.

Atentamente;




GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
Obst. Shoyla J. Gómez Tuesta
JEFE DE UNIDAD DE SEGUROS



C.C. Archivo
SJGT /hxoc/



ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000021

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Centro de Costo: 1654.13 UNIDAD DE SEGUROS
Fecha de Solicitud: 05/02/2025

ITEM		Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
				EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
				Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
Código ítem N.-							
071100382411	SERVICIO DE REVISION DIGITACION Y SISTEMATIZACION DE INFORMACION	Servicio		0.00	0.00	0.00	5,400.00
071100384948	SERVICIO DE REVISION Y EVALUACION DE EXPEDIENTES DE ATENCIONES MEDICAS	Servicio		0.00	0.00	0.00	12,000.00
071100387792	SERVICIO ESPECIALIZADO EN INGENIERIA DE SISTEMAS	Servicio		0.00	0.00	0.00	35,200.00
210100010010	SERVICIO DE DIGITACION	Servicio		0.00	0.00	0.00	18,000.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): INCORPORACION DE ITEMS

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:



Obst. Shelya J. Gómez Tuesta
JEFE DE UNIDAD DE SEGUROS

Firma: Responsable del Área Usuaria



PERÚ

Ministerio
de Salud

Seguro Integral de Salud
Fondo Intangible Solidario de Salud

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”

**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD - SIS,
FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD - FISSAL Y EL
GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA PARA EL
FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS
ASEGURADOS**

- 7.23. La **IAFAS SIS** pondrá a disposición del Prestador, reportes de producción y digitación de prestaciones realizadas a usuarios afiliados al SIS y a otras IAFAS por motivos estadísticos.

CLÁUSULA OCTAVA: OBLIGACIONES DE EL PRESTADOR

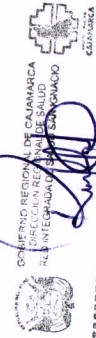
- 8.1. Garantizar que las IPRESS de su jurisdicción, brinden prestaciones de salud y prestaciones administrativas en forma gratuita, oportuna y de calidad a los asegurados, en el marco del Plan de Beneficios de **LAS IAFAS**, en condiciones óptimas de calidad, seguridad y oportunidad; cumpliendo con el marco normativo, protocolos, guías de práctica clínica y estándares establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional.
- 8.2. **EL PRESTADOR** deberá informar de manera oportuna, bajo responsabilidad, la actualización de la información de las IPRESS, los cambios de estado, categoría y/o nuevas IPRESS y Unidades Ejecutoras que se registren en el RENIPRESS a la IAFAS SIS, para la actualización del Anexo N 01 del presente convenio, los aplicativos informáticos del SIS y el catálogo de prestadores, en caso de baja, actualizar los afiliados cápita de la UE.
- 8.3. Realizar los procesos de afiliación y otros establecidos por LAS IAFAS de acuerdo con lo señalado en la normativa vigente, según corresponda.
- 8.4. Brindar las facilidades para la implementación de las Oficinas de Atención al Asegurado- OAA y puntos de encuentro FISSAL “estamos contigo” de **LAS IAFAS** dentro de sus instalaciones, de acuerdo con la disponibilidad.
- 8.5. Registrar todas las atenciones del asegurado en la Historia Clínica, sean intra o extramurales, de acuerdo con la normatividad vigente. La Historia Clínica es el respaldo del registro de la prestación de LAS IAFAS. De existir incongruencia entre la Historia Clínica y lo reportado en los aplicativos informáticos de la IAFAS SIS, la prestación no se reconoce.
- 8.6. Registrar y enviar todas las prestaciones realizadas a los asegurados, en todos los niveles de atención en los aplicativos informáticos que proporcione LA IAFAS SIS dentro de los treinta (30) días calendarios desde la fecha de atención o fecha de alta hospitalaria o fecha de corte administrativo, para lo cual el PRESTADOR podrá hacer uso de los recursos dentro de su porcentaje permitido de gastos de gestión y según los clasificadores de gasto de la Directiva de Monitoreo, Supervisión y Seguimiento de las transferencias financieras vigente, que demanden el equipamiento y conectividad en los servicios donde se registre y envíe la información en forma electrónica al SIS.
- 8.7. Generar el FUA digital e interoperar con el SIS para el envío de las prestaciones realizadas a los asegurados, en todos los niveles de atención mediante el servicio electrónico de transferencia de información que disponga el SIS, dentro de los plazos establecidos en norma expresa. Esto aplica para las IPRESS que dispongan de un sistema propio de información de historia clínica, pudiendo efectuar las implementaciones informáticas que les permitan interoperar con el SIS para el envío de las tramas de datos estandarizada, para lo cual **EL PRESTADOR** podrá hacer uso de los recursos dentro de su porcentaje permitido de gastos de gestión y según los clasificadores de gasto de la Directiva de Monitoreo, Supervisión y Seguimiento de las transferencias financieras vigente, que demanden las adecuaciones informáticas, el equipamiento y conectividad en los servicios donde se registre y envíen la información en forma electrónica al SIS.
- 8.8. Administrar eficientemente los recursos transferidos por **LAS IAFAS**, en el marco del presente Convenio y de la normativa vigente; priorizando que los créditos presupuestarios estén destinados para la adquisición de los PF, DM y PS necesarios para la atención de los asegurados del SIS. **EL PRESTADOR** a través de sus Unidades Ejecutoras e IPRESS adscritas, se obliga a garantizar la disponibilidad, acceso y uso de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios a favor del asegurado SIS, según lo establecido por el Ministerio de Salud; cumpliendo como mínimo con el uso del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales del Sector Salud – PNUME.
- 8.9. Cumplir con las disposiciones y procedimientos establecidos a través de normas, directivas administrativas u otros documentos que aprueben LAS IAFAS y se encuentre vigentes.

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000001

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Item N.-	Descripción del Ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
					EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
1654.0201 - Oficina De Administración								
17/01/2025	0000000001	870100020003	SERVICIO DE ENERGIA ELECTRICA	Servicio	0.00	0.00	0.00	18,000.00
17/01/2025	0000000002	870100020003	SERVICIO DE ENERGIA ELECTRICA	Servicio	0.00	0.00	0.00	6,000.00

- 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" 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 de la Entidad del Sector Público u organización de la entidad, se suscribe:



GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO

Lic. Adm. Roger Eiren Huamán Ramírez
DIRECTOR DE ADMINISTRACION

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

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

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000001

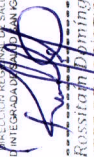
UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Item N.-	Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES				
					EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN		
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	
1654.0201 - Oficina De Administracion									
17/01/2025	0000000001	870100020003	SERVICIO DE ENERGIA ELECTRICA	Servicio	0.00	0.00	0.00	18,000.00	
17/01/2025	0000000002	870100020003	SERVICIO DE ENERGIA ELECTRICA	Servicio	0.00	0.00	0.00	6,000.00	

- 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" 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 de la Entidad del Sector Público u organización de la entidad, se suscribe:



GOBIERNO REGIONAL DE CALLAO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO


Dra. Lic. Rosita Dominguez Flores
JEFE DE LOGISTICA

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

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

MAD: **10550078**

OFICIO N° 27-2025-GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG/ADM.

Señora:
DR. Adm. ROSSITAIN DOMINGUEZ FLORES
Jefe de la Unidad de Logística
RIS – San Ignacio
Presente. –

San Ignacio, 17 enero 2025.
RED DE SALUD SAN IGNACIO
LOGISTICA
RECIBIDO
17 ENE 2025
REG: _____ FOLIOS N: _____
CPA: *4.10r* FIRMA: *[Signature]*

ASUNTO: SOLICITO MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000002.

Mediante el presente me dirijo a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez SOLICITAR se realice la modificación del cuadro anual de necesidades N°0000000002. Tal como se detalla en los referidos y adjuntos.

Es propicia la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,


GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO
Lid. Adm. Roger Efraim Huamani Román
DIRECTOR DE LOGÍSTICA

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

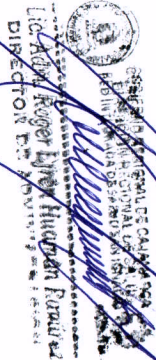
Centro de Costo: 1654.0201 OFICINA DE ADMINISTRACION
Fecha de Solicitud: 17/01/2025

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/
870100020003	SERVICIO DE ENERGIA ELECTRICA	Servicio	0.00	0.00	0.00	6,000.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27) SERVICIO DE ENERGIA ELECTRICA CON PROYECCION CON CARACTER URGENTE

De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación: 1

- 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:



Firma: Responsable del Área Usuaría

MAD: **10550058**

San Ignacio, 17 enero 2025.

OFICIO N° 26-2025-GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG/ADM.

Señora:
DR. Adm. ROSSITAIN DOMINGUEZ FLORES
Jefe de la Unidad de Logística
RIS – San Ignacio
Presente. –

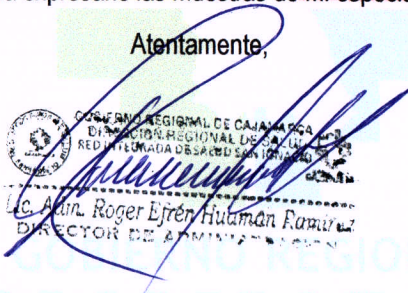


ASUNTO: SOLICITO MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N°0000000001.

Mediante el presente me dirijo a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez SOLICITAR se realice la modificación del cuadro anual de necesidades N°0000000001.. Tal como se detalla en los referidos y adjuntos.

Es propicia la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



Lic. Adm. Roger Efraim Huaman Ramirez
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

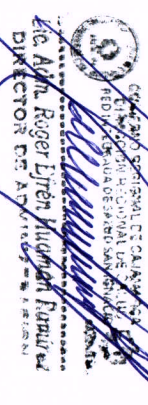
UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Centro de Costo: 1654.0201 OFICINA DE ADMINISTRACION
Fecha de Solicitud: 17/01/2025

Código Item N.-	Descripción del Item	ITEM				CANTIDAD Y/O VALORES			
		Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		Inclusión	INCLUSIÓN			
			Cantidad Total	Valor Total S/		Cantidad Total	Valor Total S/		
870100020003	SERVICIO DE ENERGIA ELECTRICA	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	18,000.00		

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27);PROYECCION DE LOS SERVICIOS BASICOS, CON CARACTER URGENTE
De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación.1

- 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:



Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000005

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

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 S/	Cantidad Total	Valor Total S/
29/01/2025	0000000013	210100010077	SERVICIO DE CONDUCCION DE VEHICULO	Servicio	0.00	0.00	0.00	4,000.00

1654.0201 - Oficina De Administracion

- 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 de la Entidad del Sector Público u organización de la entidad, se suscribe:



Dra. Lic. Rosstina Dominguez Flores
JEFE DE LOGISTICA



Lic. Adm. Roger Efrén Huamán Ramírez
DIRECTOR DE ADMINISTRACION

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

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

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000005

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Fecha de Solicitud	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/	
1654.0201 - Oficina De Administracion									
29/01/2025	0000000013	210100010077	SERVICIO DE CONDUCCION DE VEHICULO	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	4,000.00

- 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" 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 de la Entidad del Sector Público u organización de la entidad, se suscribe:

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

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

MAD: **10585932**

San Ignacio, 29 de enero del 2025.

OFICIO N°51-2025-GR-CAJ-DRSC-RSSI-DG/ADM

Señora. Lic. Adm. ROSSITAIN DOMINGUEZ FLORES

Jefe de la Unidad de Logística

RIS – San Ignacio

Presente. –

ASUNTO: SOLICITO MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES ANEXO N° 05 – INCLUSION DE ITEMS.

RED DE SALUD SAN IGNACIO
LOGISTICA
RECIBIDO
29 ENE 2025
REG: _____ FOLIO N°: _____
HORA: 8:31 FIRMA: _____

Mediante el presente me dirijo a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez SOLICITAR DE MANERA URGENTE se realice la modificación del cuadro anual de necesidades ANEXO N° 05 y su inclusión de los ITEMS Tal como se detalla en los referidos y adjuntos.

Es propicia la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTIVA SALUD SAN IGNACIO
Lic. Adm. Roger Efraim Huamán Ramírez
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

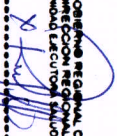
Centro de Costo: 1654.0201 OFICINA DE ADMINISTRACION
Fecha de Solicitud: 29/01/2025

Código Item N.-	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
210100010077	SERVICIO DE CONDUCCION DE VEHICULO	Servicio	0.00	0.00	0.00	4.000.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27):SOLICITO INCLUSION DE ITEM
De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:CON CARACTER DE URGENCIA PARA EL SERVICIO DE CONSUCCION DE VEHICULOS DE LA U.E.S.I.

- 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 DE SAN IGNACIO
UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO


Lic. Adm. Roger Efraín Huamán Ramírez
DIRECTOR DE ADMINISTRACION

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000004

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Item N.-	Descripción del Ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES				
					EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN		
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	
1654.020402 - Oficina De Tesorería									
27/01/2025	0000000005	740832000001	IMPRESORA (OTRAS)	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00	0.00
28/01/2025	0000000007	071100431207	SERVICIO DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	2,250.00
1654.0801 - Oficina De Desarrollo Institucional									
28/01/2025	0000000011	740880370015	MONITOR LED 32 in	Unidad	0.00	0.00	950.00	0.00	0.00
28/01/2025	0000000012	740899500001	UNIDAD CENTRAL DE PROCESO - CPU	Unidad	0.00	0.00	2,594.74	0.00	0.00
1654.100201 - Coordinacion Atencion Integral									
28/01/2025	0000000008	746483900044	SILLA GIRATORIA DE METAL CON BRAZOS	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00	0.00
28/01/2025	0000000009	040100010017	SERVICIO DE PREPARACION DE REFRIGERIOS	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	510.00
28/01/2025	0000000010	040100010026	SERVICIO DE PREPARACION DE ALMUERZO	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	1,275.00
1654.12 - Coordinacion Salud Ambiental									
28/01/2025	0000000006	901500070020	SERVICIO DE TRANSPORTE, RECOJO Y DISPOSICION FINAL DE RESIDUOS PELIGROSOS	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	12,600.00

- 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" 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 de la Entidad del Sector Público u organización de la entidad, se suscribe:



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA

GOBIERNO REGIONAL DE SAN IGNACIO

UNIDAD EJECUTIVA SALUD SAN IGNACIO

Dr. Lic. Rosstain Dominguez Flores

JEFE DE LOGISTICA



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA

GOBIERNO REGIONAL DE SAN IGNACIO

UNIDAD EJECUTIVA SALUD SAN IGNACIO

Lic. Adm. Roger Efrén Huamán Ramírez

DIRECTOR DE ADMINISTRACION

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

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



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO

"Año del Bicentenario, de la Consolidación de nuestra Independencia, y de la Conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho"



RECIBIDO
28 ENE 2025
REG: _____ FOLIOS N°: _____
HORA: 4:00 PM FIRMA: _____

MAD N°: 10583372

San Ignacio 28 de enero del 2025

OFI N° 05-2025-GR-CAJ-DRSC-RS.S.I-DESP-AIS/ESFC

MG. ROGER EFREN HUAMAN RAMIREZ

ADMINISTRADOR DE LA RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO

UNIDAD EJECUTORA DE SALUD SAN IGNACIO
ADMINISTRACIÓN
28 ENE 2025
MAD: _____ FOLIOS N°: _____
HORA: 15:44 FIRMA: _____

ATENCIÓN : ÁREA DE LOGÍSTICA

ASUNTO : REMITO ANEXO N°05 DE SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CMN.

Es un placer dirigirme a usted para expresarle un cordial saludo y, al mismo tiempo, remitirle el Anexo N°5 correspondiente a la solicitud de modificación del cuadro multianual de necesidades (CMN). La solicitud tiene como objetivo la inclusión de los siguientes servicios correspondiente a la Meta 90 R.O del centro de costo Desarrollo Institucional. Asimismo, se solicita que se dé prioridad a la aprobación de esta solicitud, dada la necesidad urgente de los servicios en el área usuaria, conforme se detalla en el siguiente cuadro:

CÓDIGO ITEM N°	ITEM	META	FFTT
740880370015	MONITOR LED 32 in	90	R.O.
740899500001	UNIDAD CENTRAL DE PROCESO - CPU		

Adjunto al presente el Anexo N°05 Solicitud de Modificación del Cuadro Multianual de Necesidades N°0000000011 y N°0000000012

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima.

Atentamente

HGT
Cc
Archivo

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO
Lic. Enj. Herman Gonzales Torres
RESPONSABLE IMPLEMENTACIÓN RCI

UNIDAD EJECUTORA DE SALUD SAN IGNACIO
ADMINISTRACIÓN
DERIVADO
206.511.99
para E. J. J. J.
FIRMA: _____



ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000011

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

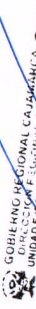
Centro de Costo: 1654.0801 OFICINA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
Fecha de Solicitud: 28/01/2025

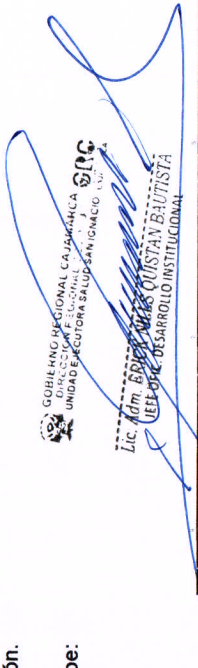
Código Item N.-	Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
740880370015	MONITOR LED 32 in	Unidad	0.00	0.00	950.00	0.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): SOLICITO DE INCLUSION DE ITEM DE MONITOR LED 32 in

De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación: ATENDER CON PRIORIDAD POR NECESIDAD DEL AREA USUARIA

- 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 CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO

Lic. Adm.  EUSEBIO W. BUSTOS
LEED DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000012

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SÁN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

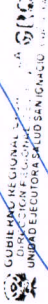
Centro de Costo: 1654.0801 OFICINA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
Fecha de Solicitud: 28/01/2025

Código Item N.-	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
74089500001	UNIDAD CENTRAL DE PROCESO - CPU	Unidad	0.00	0.00	2,594.74	0.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): SOLICITO INCLUSIÓN DE UNIDAD CENTRAL DE PROCESO - CPU

De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación: ATENDER CON PRIORIDAD POR NECESIDAD DEL ÁREA USUARIA

- 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 SAN IGNACIO
UNIDAD EJECUTORA SALUD SÁN IGNACIO
Lic. Ana María Quispe Bautista
JEFE OFIC. DESARROLLO INSTITUCIONAL

Firma: Responsable del Área Usuaría



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"



RED DE SALUD SAN IGNACIO
LOGISTICA
RECIBIDO

28 ENE 2025

REG: _____ FOLIOS N°: _____

HORA: 12:46 PM FIRMA: _____

San Ignacio, 28 de enero 2024.

MAD: 10581975

OFI N° 5-2025-GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG/SA-IGC

SEÑOR:

MG. ADM. ROGER EFREN HUAMÁN RAMIREZ
JEFE DE ADMINISTRACION DE LA UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN
IGNACIO.

ATENCIÓN : OFICINA DE LOGÍSTICA

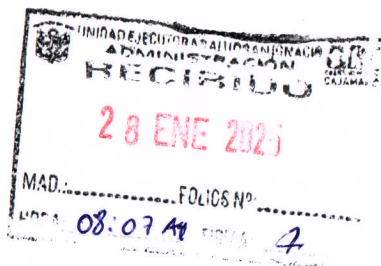
ASUNTO : SOLICITO INCLUSIÓN DEL ITEM

Por medio del presente me dirijo a usted, con la finalidad de saludarle cordialmente y a la vez solicitar respuesta del anexo N° 5: Solicitud de modificación del cuadro multianual de necesidades N° 00000006 mediante el anexo N° 6.

Es preciso mencionar que la información es urgente y necesaria.

Sin otro particular me despido de usted, no sin antes manifestarle mi aprecio y estima personal.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO
Ing. Quím. Isabel García Córdova
RES. UNID. DE ECOLOGÍA Y PROTEC. DEL AMBIENTE



UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

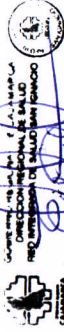
Centro de Costo: 1654.12 COORDINACION SALUD AMBIENTAL
Fecha de Solicitud: 28/01/2025

Código ítem N.-	ITEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
901500070020	SERVICIO DE TRANSPORTE, RECOJO Y DISPOSICION FINAL DE RESIDUOS PELIGROSOS	Servicio	0.00	0.00	0.00	12,600.00

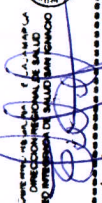
Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27):INCLUSIÓN DE ITEM URGENTE Y NECESARIO

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:



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
REG. MINISTERIO DE SALUD SAN IGNACIO



Blga. Esthefanie Fuentes Pizarro
JEFE DE EQUIPO DE SALUD AMBIENTAL

Firma: Responsable del Área Usuaria



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

MAD N°: **10582492**

San Ignacio 28 de enero del 2025

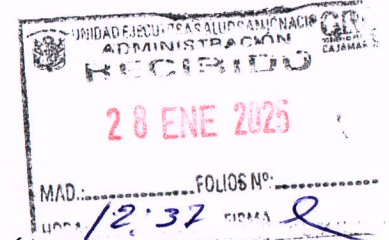
OFICIO N° 05 - 2025- GR-CAJ/DRSC-RS.SI-D/DSP

MG. ROGER EFREN HUAMAN RAMIREZ

ADMINISTRADOR DE LA RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO

ATENCIÓN : ÁREA DE LOGÍSTICA

ASUNTO : REMITO ANEXO N°05 DE SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CMN.



Es grato dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo, y a la vez hacerle llegar el Anexo N°5 de modificación del cuadro multianual de necesidades, con la finalidad de incluir dichos servicios de la Meta 106 R.O del centro de costo Atención Integral, tal y como se detalla en el siguiente cuadro:

CÓDIGO ITEM N°	ITEM	META	FFTT
040100010017	SERVICIO DE PREPARACIÓN DE REFRIGERIOS	106	R.O.
040100010026	SERVICIO DE PREPARACIÓN DE ALMUERZOS		

Se adjunta Anexo N°05 Solicitud de Modificación del Cuadro Multianual de Necesidades N°0000000009 y N°0000000010

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima.

Atentamente

JAMC/zagb
Cc
Archivo

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA DE SALUD SAN IGNACIO
M.C. José Arturo Magno Castillo
DIRECCIÓN DE SALUD DE LAS PERSONAS



Prolg. Comercio N°223 - San Ignacio

"Trabajando por tu Salud"

www.redsaludsanignacio.gob.pe

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000009

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

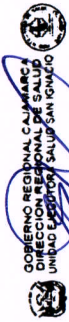
Centro de Costo: 1654.100201 COORDINACION ATENCION INTEGRAL
Fecha de Solicitud: 28/01/2025

Código Item N.-	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
040100010017	SERVICIO DE PREPARACION DE REFRIGERIOS	Servicio	0.00	0.00	0.00	510.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): SOLICITO INCLUSION DE ITEM DE SERVICIO DE PREPARACIÓN DE REFRIGERIOS.

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:



Obst. Nery X. Rivera Fernandez
JEFE DE EQUIPO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD

Firma: Responsable del Área Usuaria

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Centro de Costo: 1654.100201 COORDINACION ATENCION INTEGRAL
Fecha de Solicitud: 28/01/2025

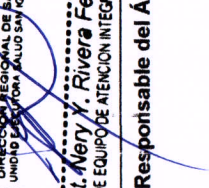
Código Item N.-	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
040100010026	SERVICIO DE PREPARACION DE ALMUERZO	Servicio	0.00	0.00	0.00	1,275.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27):SOLICITO INCLUSIÓN DE ITEM DE SERVICIO DE PREPARACIÓN DE ALMUERZO.

De ser el caso, indicar é/llos 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:


GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO


Obst. Nery Y. Rivera Fernandez
JEFE DE EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

Firma: Responsable del Área Usuaria



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
UNIDAD DE ECONOMÍA
OFICINA DE TESORERÍA



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

MAD N°: 10581754

San Ignacio, 27 de enero del 2025

OFICIO N° 010-2025-GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG-ADM/OF.TESOR

Sr (a):

Jefe de Administración - U.E Salud San Ignacio

Atención;

Jefe De Logística U.E Salud San Ignacio

Asunto: Solicito aprobación de modificación del CMN – Anexo 05

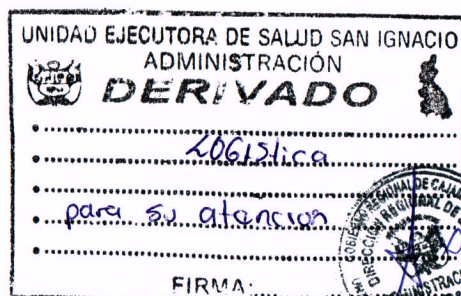
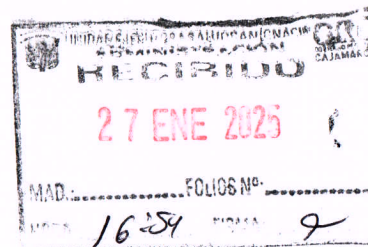
De mi consideración;

Es grato dirigirme a usted para brindarle mi cordial saludo y al mismo tiempo; solicitarle la Aprobación de Modificación del Cuadro Multianual de Necesidades, para realizar el pedido de adquisición de una impresora, para la oficina de tesorería, es de necesidad muy urgente para la impresión de cheques, que se generan a las diferentes entidades financieras y otros conceptos.

Agradeciendo su gentil atención al presente, me despido reiterándole mi gran

Atentamente;

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
Econ. Marili Y. Bustamante Santa Cruz
JEFE DE TESORERÍA
CEL. N° 1781



UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Centro de Costo: 1654.020402 OFICINA DE TESORERIA
Fecha de Solicitud: 27/01/2025

Código 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/
740832000001	IMPRESORA (OTRAS)	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): SE REQUIERE ADQUISICION DE IMPRESORA DE MANERA URGENTE PARA LA IMPRESION DE CHEQUES DE MANERA URGENTE
De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación: SE REQUIERE ADQUISICION DE IMPRESORA DE MANERA URGENTE PARA LA IMPRESION DE CHEQUES DE MANERA URGENTE

- 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:



Econ. Marilí Y. Bustamante Santa Cruz
JEFE DE TESORERIA
CELL N° 1781

Firma: Responsable del Área Usuaria

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

MAD: 10582511

San Ignacio, 28 de Enero del 2024

OFICIO N° 01-GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG-SP/AIS

SEÑOR:
ROGER EFREN HUAMAN RAMIREZ
Director de Administración de la RIS

ASUNTO : SOLICITO INCLUSIÓN DE BIENES

Es grato dirigirme a Usted para saludarlo y mediante el presente SOLICITAR la inclusión de ITEM: Silla giratoria de metal con brazo para la oficina de Atención Integral de Salud de la sede administrativa de la Red Integrada de Salud San Ignacio.

ADJUNTO:

- Anexo N° 05: Solicitud de modificación del cuadro multianual de necesidades N° 0008

Agradezco por anticipado la atención que le brinde al presente, quedo de Usted, no sin antes reiterar las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

JMTG/NYRF
Cc
Archivo

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO

Obst. Nery Y. Rivera Fernandez
JEFE DE EQUIPO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD

RED DE SALUD SAN IGNACIO
LOGISTICA
RECIBIDO
28 ENE 2025
REG: _____ FOLIOS N°: _____
HORA: 12:40 PM FIRMA: _____

UNIDAD EJECUTORA DE SALUD SAN IGNACIO
ADMINISTRACIÓN
DERIVADO
LOGISTICA
para su atención
FIRMA: _____



ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000008

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Centro de Costo: 1654.100201 COORDINACION ATENCION INTEGRAL

Fecha de Solicitud: 28/01/2025

Código Item N.-	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/

746483900044	SILLA GIRATORIA DE METAL CON BRAZOS	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00
--------------	-------------------------------------	--------	------	------	------	------

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): ADQUISICIÓN DE MOBILIARIO PARA IMPLEMENTACIÓN DE COORDINACIÓN ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD.

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:



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO

Obst. Nery Y. Rivera Fernandez
JEFE DE EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

Firma: Responsable del Área Usuaria

MAD N°: 10582050

San Ignacio, 28 de enero del 2025

OFICIO N° 011-2025-GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG-ADM/OF.TESOR

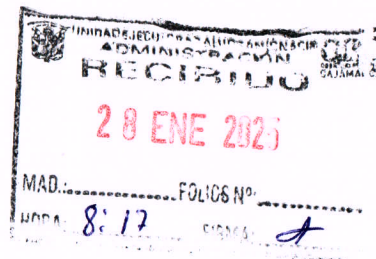
Sr (a):

Mg. Lic. Adm. Roger Efrén Huamán Ramírez
Jefe de Administración - U.E Salud San Ignacio

Atención;

Jefe De Logística U.E Salud San Ignacio

Asunto: Solicito aprobación de modificación del CMN – Anexo 05



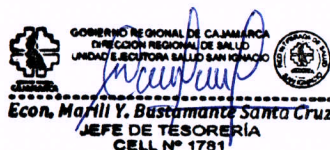
De mi consideración;

Es grato dirigirme a usted para brindarle mi cordial saludo y al mismo tiempo; solicitarle la Aprobación de la Modificación del Cuadro Multianual de Necesidades, para realizar el pedido de un servicio por asistente administrativo, para la oficina de tesorería, es de necesidad urgente.

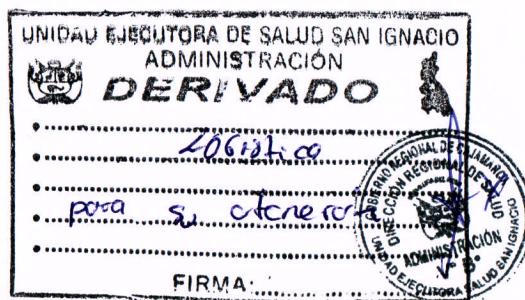
Agradeciendo su gentil atención al presente, me despido reiterándole mi gran

Atentamente;

MYBSC/Tesorería
CC / Archivo



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
Econ. Majili Y. Bustamante Santa Cruz
JEFE DE TESORERÍA
CELL N° 1781



ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000007

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Centro de Costo: 1654.020402 OFICINA DE TESORERIA
Fecha de Solicitud: 28/01/2025

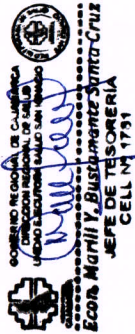
Código ítem N.-	ITEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/

071100431207	SERVICIO DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO	Servicio	0.00	0.00	0.00	2,250.00
--------------	-------------------------------------	----------	------	------	------	----------

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): CONTRATACIÓN TEMPORAL Y URGENTE DE UN ASISTENTE ADMINISTRATIVO PARA EL ÁREA DE TESORERIA

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:



Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000003

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

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 S/	Cantidad Total	Valor Total S/
1654.0802 - Oficina De Planeamiento Estrategico								
27/01/2025	0000000004	040100010017	SERVICIO DE PREPARACION DE REFRIGERIOS	Servicio	0.00	0.00	0.00	210.00
27/01/2025	0000000004	040100010026	SERVICIO DE PREPARACION DE ALMUERZO	Servicio	0.00	0.00	0.00	420.00

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" 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 **información de la Entidad del Sector Público u organización de la entidad, se suscribe:**


Dra. Lic. Rosstain Domínguez Flores
JEFE DE LOGÍSTICA


Lic. Adm. Roger Efrén Huamán Ramírez
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

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

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

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

MAD N°: 10580501

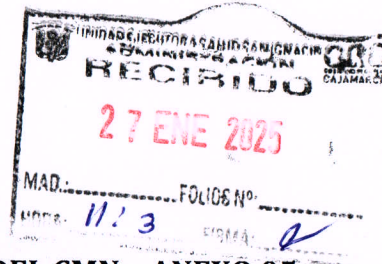
San Ignacio, 27 de enero de 2025

OFI N° 2-2025-GR-CAJ-DRSC-RSSI-DG-OEPE/CONVENIOS

SEÑOR : LIC. ROGER HUAMÁN RAMÍREZ
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN R.S.S.I

ATENCIÓN: OFICINA DE LOGÍSTICA

ASUNTO : SOLICITO APROBACIÓN DE MODIFICACIÓN DEL CMN - ANEXO 05



Es grato dirigirme a usted para brindarle mi cordial saludo y al mismo tiempo solicitarle la Aprobación de Modificación del Cuadro Multianual de Necesidades, para realizar el pedido de adquisición de bienes y servicios.

Agradeciendo su gentil atención al presente, me despido reiterándole mi gran consideración y estima personal.

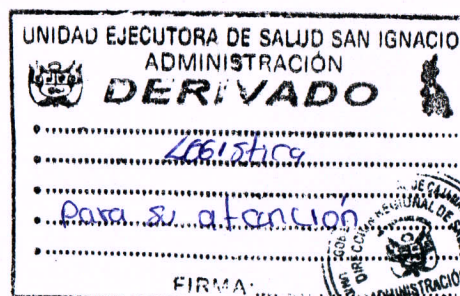
Se adjunta Anexo 05.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD SAN IGNACIO

DRS. MELVA ALVARADO BERNABEL
COORD. P.P. CÁNCER



Cc
Archivo

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000000004

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654
Centro de Costo: 1654.0802 OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO
Fecha de Solicitud: 27/01/2025

Código ítem N.-	ITEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
040100010017	SERVICIO DE PREPARACION DE REFRIGERIOS	Servicio	0.00	0.00	0.00	210.00
040100010026	SERVICIO DE PREPARACION DE ALMUERZO	Servicio	0.00	0.00	0.00	420.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27):INCLUSION DE ITEM

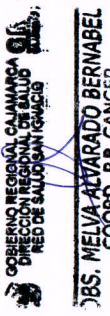
De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:

- 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:

El motivo de la presente es solicitar la aprobación de la modificación del CCMN - Anexo 05, debido a que el 27 de enero se asignó el presupuesto necesario para ejecutar las actividades relacionadas con la socialización de ID y CM, conforme al DS° 22-2024 - DL 1153, correspondiente al año 2025, a nivel de microrredes e IPRESS de San Ignacio, por lo que se requiere su pronta aprobación para iniciar las actividades programadas a partir del 28 de enero de 2025.



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD SAN IGNACIO



MELVA ALVARADO BERNABEL
COORD. P.P. CANCER

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000002

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Item N.-	Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
					EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
24/01/2025	0000000003	071100440020	SERVICIO DE ELABORACION INFORMES TECNICOS	Servicio	0.00	0.00	0.00	1.00

1654.1003 - Coordinación De Servicios De Salud

- 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 de la Entidad del Sector Público u organización de la entidad, se suscribe:



Dra. Lic. Rosstain Domínguez Flores

JEFE DE LOGÍSTICA

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

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

MAD: 10579481

San Ignacio, 24 de enero del 2025

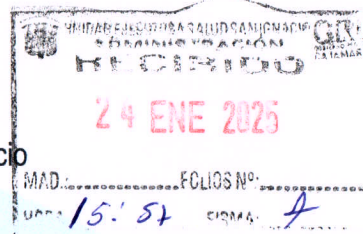
OFICIO N° 29 -2024-GR-CAJ-DRSC-RSSI-D-DSP/CSS

SEÑOR:

LIC. ADM. ROGER EFREN HUAMAN RAMIREZ

Director de Administración de la Red Integrada de Salud San Ignacio

Presente.



ATENCIÓN : JEFE DE LOGISTICA

ASUNTO : REMITO ANEXO N°05-SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO
MULTIANUAL DE NECESIDADES N°0000000003

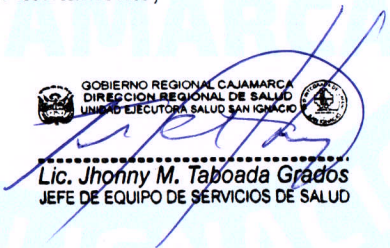
Es grato dirigirme a Usted para expresarle mi cordial salud y al mismo tiempo hacerle llegar el ANEXO N°05-SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N°0000000003, con la finalidad de solicitar **INCLUSIÓN** en la siguiente meta:

✚ META: 90 DIRECCIÓN DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL – Clasificador: 2 3.2 9. 1 1

Es propicia la oportunidad, para reiterarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

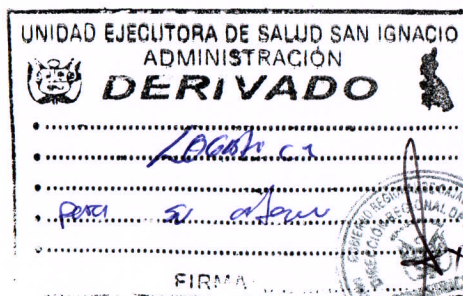
Atentamente,

JMTG/dnh
C.c: Archivo



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO

Lic. Jhonny M. Taboada Grados
JEFE DE EQUIPO DE SERVICIOS DE SALUD



ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000000003

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Centro de Costo: 1654.1003 COORDINACION DE SERVICIOS DE SALUD
Fecha de Solicitud: 24/01/2025

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/

071100440020	SERVICIO DE ELABORACION INFORMES TECNICOS	Servicio	0.00	0.00	0.00	1.00
--------------	---	----------	------	------	------	------

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): CONTRATACION DE PROFESIONAL PARA LA ELABORACIÓN DE INFORME TECNICO DE IOARR
De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación: CONTRATACION DE PROFESIONAL PARA LA ELABORACIÓN DE INFORME TECNICO DE IOARR

- 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
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO

Lc. Jhonny M. Taboada Grados
JEFE DE EQUIPO DE SERVICIOS DE SALUD

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000006

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Fecha de Solicitud	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/	
1654.0201 - Oficina De Administración									
31/01/2025	0000000016	021700010001	SERVICIO DE DECORACION DE AMBIENTES ADMINISTRATIVOS Y SIMILARES	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	300.00
1654.0801 - Oficina De Desarrollo Institucional									
31/01/2025	0000000014	740880370015	MONITOR LED 32 in	Unidad	949.00	0.00	0.00	0.00	0.00
31/01/2025	0000000015	740899500001	UNIDAD CENTRAL DE PROCESO - CPU	Unidad	2,593.74	0.00	0.00	0.00	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" 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 de la Entidad del Sector Público u organización de la entidad, se suscribe:


GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED INTEGRADA DE ATENCIÓN PRIMARIA
Dra. Lic. Rossitain Domínguez Flores
JEFE DE LOGÍSTICA

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


GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
Lic. Adm. Roger Efran Huamán Ramírez
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

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



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

MAD N°: **10599255**

San Ignacio 31 de enero del 2025

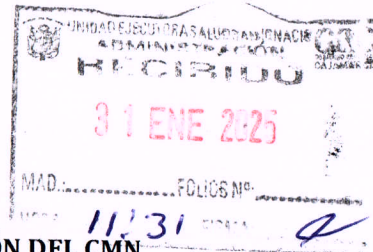
OFI N° 07-2025-GR-CAJ-DRSC-RS.S.I-DESP-AIS/ESFC

MG. ROGER EFREN HUAMAN RAMIREZ

ADMINISTRADOR DE LA RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO

ATENCIÓN : ÁREA DE LOGÍSTICA

ASUNTO : REMITO ANEXO N°05 DE SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CMN.



Es un placer dirigirme a usted para expresarle un cordial saludo y, al mismo tiempo, remitirle el Anexo N°5 correspondiente a la solicitud de modificación del cuadro multianual de necesidades (CMN). La solicitud tiene como objetivo la inclusión de los siguientes servicios correspondiente a la Meta 90 R.O del centro de costo Desarrollo Institucional. Asimismo, se solicita que se dé prioridad a la aprobación de esta solicitud, dada la necesidad urgente de los servicios en el área usuaria, conforme se detalla en el siguiente cuadro:

CÓDIGO ITEM N°	ITEM	META	FFTT
740880370015	MONITOR LED 32 in	90	R.O.
740899500001	UNIDAD CENTRAL DE PROCESO -CPU		

Se adjunta Anexo N°05 Solicitud de Modificación del Cuadro Multianual de Necesidades N°0000000014 y N°0000000015

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima.

Atentamente

HGT
Cc
Archivo

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO

Lic. Enj. Hernán Gonzales Torres
COORDINADOR SALUD FAMILIAR



ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000015

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

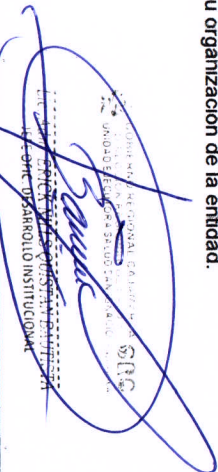
Centro de Costo: 1654.0801 OFICINA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
Fecha de Solicitud: 31/01/2025

Código Item N.-	Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total \$/	Cantidad Total	Valor Total \$/
740899500001	UNIDAD CENTRAL DE PROCESO - CPU	Unidad	2,593.74	0.00	0.00	0.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27):SOLICITO INCLUSION DE ITEM DE UNIDAD CENTRAL DE PROCESO - CPU

De ser el caso, indicar sí/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:SOLICITO DAR PRIORIDAD POR NECESIDAD DE SERVICIO EN EL AREA USUARIA.

- 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:


UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
OFICINA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000014

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Centro de Costo: 1654.0801 OFICINA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Fecha de Solicitud: 31/01/2025

Codigo Item N.-	ITEM/ Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total \$/	Cantidad Total	Valor Total \$/
740890370015	MONITOR LED 32 in	Unidad	949.00	0.00	0.00	0.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): SOLICITO INCLUSION DE ITEM DE MONITOR LED 32 in

De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación: SOLICITO DAR PRIORIDAD POR NECESIDAD DE SERVICIO EN EL AREA USUARIA

- 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 CAJAMARCA
UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
Jefe de la Oficina de Desarrollo Institucional
Dr. Erick Nils Quintan Bautila

Firma: Responsable del Área Usuaria



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

MAD N°: **10601057**

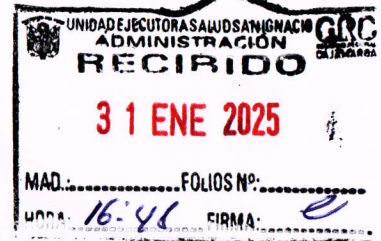
San Ignacio 31 de enero del 2025

OFICIO N° 07 - 2025- GR-CAJ/DRSC-RS.SI-D/DSP

MG. ROGER EFREN HUAMAN RAMIREZ
ADMINISTRADOR DE LA RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO

ATENCIÓN : ÁREA DE LOGÍSTICA

ASUNTO : REMITO ANEXO N°05 DE SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CMN.



Es grato dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo, y a la vez hacerle llegar el Anexo N°5 de modificación del cuadro multianual de necesidades, con la finalidad de incluir dichos servicios de la Meta 93 R.D.R del centro de costo Administración, tal y como se detalla en el siguiente cuadro:

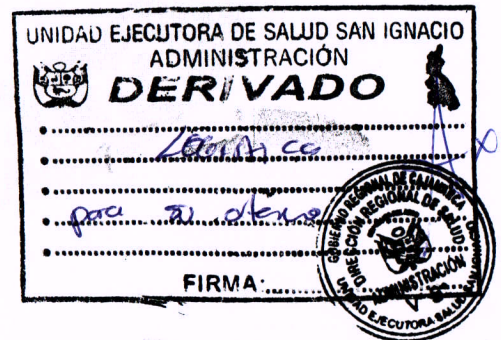
CÓDIGO ITEM N°	ITEM	META	FFTT
021700010001	SERVICIO DE DECORACION DE AMBIENTES ADMINISTRATIVOS Y SIMILARES	93	R.D.R

Se adjunta Anexo N°05 Solicitud de Modificación del Cuadro Multianual de Necesidades N°0000000016

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima.

Atentamente

JAMC/zagb
Cc
Archivo



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA DE SALUD SAN IGNACIO
M.C. José Arturo Magno Castillo
DIRECCIÓN DE SALUD DE LAS PERSONAS

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

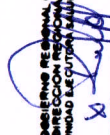
Centro de Costo: 1654.0201 OFICINA DE ADMINISTRACION
Fecha de Solicitud: 31/01/2025

Código Item N.-	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
021700010001	SERVICIO DE DECORACION DE AMBIENTES ADMINISTRATIVOS Y SIMILARES	Servicio	0.00	0.00	0.00	300.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): SOLICITO INCLUSIÓN DE ITEM

De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación: SOLICITO INCLUSIÓN DE ITEM

- 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 CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTIVA SAN IGNACIO

.....
Lic. Adm. Roger Efraim Huamán Ramírez
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

Firma: Responsable del Área Usuaria