

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

MAD. N° **10682564**

INF. N° 42-2025-GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG-ADM/LOG

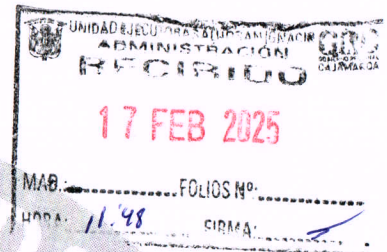
A : MG. ROGER EFREN HUAMAN RAMIREZ
DIRECTOR DE ADMINISTRACION

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

ASUNTO :REMITO ANEXOS DE APROBACION DE MODIFICACIONES AL
CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES 12, 13 Y 14

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

FECHA : San Ignacio, 17 de Febrero del 2025

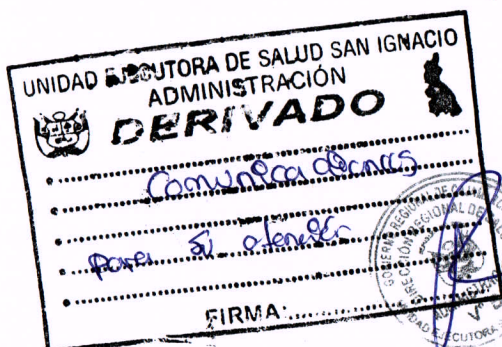


Es grato dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo, al mismo tiempo hacer de su conocimiento lo siguiente:

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 anexos y oficios correspondiente en original 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 Domínguez Flores
JEFE DE LOGISTICA

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000012

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/

1654.14 - Unidad De Medicamentos, Insumos Y Drogas

12/02/2025	0000000063	210100040037	SERVICIO DE PERSONAL ASISTENCIAL, ADMINISTRATIVO Y DE MANTENIMIENTO	Servicio	0.00	0.00	0.00	10,800.00
------------	------------	--------------	---	----------	------	------	------	-----------

- 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. Rositain Domínguez Flores
JEFE DE LOGÍSTICA



Lic. Mm. Roger Effen 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° 000000012

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/

1654.14 - Unidad De Medicamentos, Insumos Y Drogas

12/02/2025	0000000063	210100040037	SERVICIO DE PERSONAL ASISTENCIAL, ADMINISTRATIVO Y DE MANTENIMIENTO	Servicio	0.00	0.00	0.00	10,800.00
------------	------------	--------------	---	----------	------	------	------	-----------

- 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
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO

[Signature]
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



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°: 10655743

San Ignacio, 12 de febrero del 2025

OFI N° 54-2025-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 0016 – meta 28

Adjunto: Anexo N° 05 - Solicitud de modificación del CMN N°0063

La incorporación de dichos ítems es de carácter urgente, teniendo en cuenta la necesidad de la contratación de personal de salud Técnicos en Farmacia para el buen funcionamiento de farmacia en las microredes a contratar, en cumplimiento a la normativa SISMED Vigente.

Se hace referencia a la directiva artículo 27 modificaciones al CMN en el punto 27.4, en caso la modificación requiera ser aprobada en un plazo distinto al indicado al numeral anterior, el área usuaria sustenta ello ante el área involucrada en la gestión del CAP, quien gestiona su aprobación, como máximo al día siguiente hábil de su presentación ante el titular de la entidad u organización de la entidad, o por el funcionario a quien se haya delegado dicha facultad.

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

Atentamente;

Cc.
: Archivo
AMBA/yggo

UNIDAD EJECUTORA DE SALUD SAN IGNACIO
ADMINISTRACIÓN
DERIVADO

Logística
para su atención

FIRMA: _____

Ms. Q.F Ana María Baltodano Armas
C.O.F.P N° 07599
JEFE DEL SISMED

UNIDAD EJECUTORA DE SALUD SAN IGNACIO
ADMINISTRACIÓN
RECIBIDO

12 FEB 2025

MAD: _____ FOLIOS N°: _____
HORA: 9:20 FIRMA: _____

RED DE SALUD SAN IGNACIO
LOGISTICA
RECIBIDO

12 FEB 2025

REG: _____ FOLIOS N°: _____
HORA: 10:21 w FIRMA: _____

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000063

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: 12/02/2025

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/
210100040037	SERVICIO DE PERSONAL ASISTENCIAL, ADMINISTRATIVO Y DE MANTENIMIENTO	Servicio	0.00	0.00	0.00	10,800.00

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:


D. C. María Baltodano Armas
C.O.F. N° 07599
JEFE DEL SISMED

Firma: Responsable del Área Usuaria

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/		
000004267 - I-4 San Ignacio											
11/02/2025	00000000051	172100040013	GASOLINA REGULAR		Galon	0.00	0.00		174.00	0.00	
11/02/2025	00000000051	172100070024	DIESEL B5		Galon	0.00	0.00		250.00	0.00	
11/02/2025	00000000052	717200050227	PAPEL BOND 75 g TAMAÑO A4		Emp X 500	0.00	0.00		1.00	0.00	
11/02/2025	00000000055	172100040013	GASOLINA REGULAR		Galon	0.00	0.00		28.00	0.00	
11/02/2025	00000000055	172100070024	DIESEL B5		Galon	0.00	0.00		91.00	0.00	
11/02/2025	00000000056	172100040013	GASOLINA REGULAR		Galon	0.00	0.00		972.00	0.00	
11/02/2025	00000000057	133000240029	LEJÍA (HIPOCLORITO DE SODIO) AL 5% X 1 L		Unidad	0.00	0.00		19.00	0.00	
11/02/2025	00000000057	172100040013	GASOLINA REGULAR		Galon	0.00	0.00		3.00	0.00	
11/02/2025	00000000058	716000060421	PLUMON PARA PIZARRA ACRILICA PUNTA GRUESA COLOR AZUL		Unidad	0.00	0.00		2.00	0.00	
12/02/2025	00000000059	139200100077	JABON DE TOCADOR LIQUIDO X 1 L		Unidad	0.00	0.00		11.00	0.00	
12/02/2025	00000000060	135000360004	GUANTE DE JEBE DE USO DOMESTICO TALLA 7		Par	0.00	0.00		50.00	0.00	
12/02/2025	00000000060	135000360015	GUANTE DE JEBE DE USO DOMESTICO TALLA L		Par	0.00	0.00		24.00	0.00	
12/02/2025	00000000061	133000160003	DETERGENTE GRANULADO X 500 g		Unidad	0.00	0.00		63.00	0.00	
12/02/2025	00000000061	133000160080	DETERGENTE GRANULADO X 15 kg		Unidad	0.00	0.00		40.00	0.00	
12/02/2025	00000000061	135000080076	ESCOBILLON BALDEADOR DE CERDA PLASTICA X 30 cm		Unidad	0.00	0.00		10.00	0.00	
12/02/2025	00000000061	135000140047	REPUESTO DE TRAPEADOR DE TELA 40 cm X 80 cm		Unidad	0.00	0.00		200.00	0.00	
12/02/2025	00000000062	135000360016	GUANTE DE JEBE DE USO DOMESTICO TALLA M		Par	0.00	0.00		18.00	0.00	
12/02/2025	00000000066	899600080091	CAMISETA DE ALGODÓN PIQUÉ MANGA LARGA		Unidad	74.00	0.00		0.00	0.00	
12/02/2025	00000000068	717200050227	PAPEL BOND 75 g TAMAÑO A4		Emp X 500	0.00	0.00		433.00	0.00	
12/02/2025	00000000068	717200080034	PAPEL KRAFT 50 g DE 75 cm X 1.20 m		Emp X 500	0.00	0.00		13.00	0.00	
12/02/2025	00000000069	767400052385	TINTA DE IMPRESIÓN PARA EPSON COD. REF. T544320AL MAGENTA		Unidad	0.00	0.00		11.00	0.00	
12/02/2025	00000000069	767400052386	TINTA DE IMPRESIÓN PARA EPSON COD. REF. T544420AL AMARILLO		Unidad	0.00	0.00		12.00	0.00	
12/02/2025	00000000072	710600010098	ARCHIVADOR DE CARTON PLASTIFICADO CON PALANCA LOMO ANCHO TAMAÑO A4		Unidad	0.00	0.00		158.00	0.00	
12/02/2025	00000000072	710600120002	MICA PORTAPAPELES DE PVC TAMAÑO A4		Unidad	0.00	0.00		16.00	0.00	
12/02/2025	00000000072	711100030005	CORRECTOR LIQUIDO TIPO LAPICERO		Unidad	0.00	0.00		80.00	0.00	
12/02/2025	00000000072	767400062575	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA HP COD. REF. 30A CF230A NEGRO		Unidad	0.00	0.00		4.00	0.00	
12/02/2025	00000000074	710300120076	NOTA AUTOADHESIVA 3 in X 3 in X 5 COLORES X 400 HOJAS		Unidad	0.00	0.00		21.00	0.00	
12/02/2025	00000000074	710600010070	ARCHIVADOR DE CARTON CON PALANCA LOMO ANCHO TAMAÑO A4		Unidad	0.00	0.00		100.00	0.00	
12/02/2025	00000000074	715000110030	ENGRAPADOR DE METAL TIPO ALICATE		Unidad	0.00	0.00		25.00	0.00	
12/02/2025	00000000074	715000120003	PERFORADOR DE 2 ESPIGAS PARA 50 HOJAS APROX.		Unidad	0.00	0.00		2.00	0.00	
12/02/2025	00000000074	716000010210	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR AZUL		Emp X 50	0.00	0.00		1.00	0.00	
12/02/2025	00000000074	717200050227	PAPEL BOND 75 g TAMAÑO A4		Emp X 500	0.00	0.00		1.00	0.00	

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000013

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/	
000004267 - I-4 San Ignacio									
12/02/2025	0000000074	718500100010	SUJETADOR PARA PAPEL (TIPO FASTENER) DE METAL X 100	Unidad	0.00	0.00	11.00	0.00	0.00
12/02/2025	0000000076	710600060042	FORRO DE PLASTICO TRANSPARENTE TAMAÑO A4 X 5 m	Unidad	0.00	0.00	27.00	0.00	0.00
12/02/2025	0000000076	715000200007	SACAGRAPA DE METAL TIPO MARIPOSA	Unidad	0.00	0.00	19.00	0.00	0.00
12/02/2025	0000000076	717200050224	PAPEL BOND 80 g TAMAÑO A4	Emp X 500	0.00	0.00	35.00	0.00	0.00
1654.0201 - Oficina De Administracion									
13/02/2025	0000000094	840500010012	SERVICIO DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	1,400.00
1654.0301 - Oficina De Recursos Humano									
13/02/2025	0000000077	767400062340	TONER DE IMPRESIÓN PARA KONICA MINOLTA COD. REF. TN 323 NEGRO	Unidad	0.00	0.00	2.00	0.00	0.00
1654.0801 - Oficina De Desarrollo Institucional									
07/02/2025	0000000042	740880370001	MONITOR LED	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00	0.00
07/02/2025	0000000042	740899500001	UNIDAD CENTRAL DE PROCESO - CPU	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00	0.00
1654.09 - Oficina De Epidemiologia									
13/02/2025	0000000081	172100040013	GASOLINA REGULAR	Galon	0.00	0.00	30.00	0.00	0.00
13/02/2025	0000000081	172100070024	DIESEL B5	Galon	0.00	0.00	24.00	0.00	0.00
13/02/2025	0000000082	500100050561	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	1,000.00
13/02/2025	0000000083	899600080088	CAMISETA DE ALGODÓN MANGA CORTA	Unidad	0.00	0.00	43.00	0.00	0.00
654.100204 - Programa Tbc-vih/sida									
10/02/2025	0000000046	091100070097	AGUA DE MESA SIN GAS X 625 mL	Unidad	0.00	0.00	425.00	0.00	0.00
10/02/2025	0000000046	096800010371	GALLETA DE SODA X 250 g APROX.	Unidad	0.00	0.00	425.00	0.00	0.00
10/02/2025	0000000046	710600040025	FOLDER MANILA TAMAÑO OFICIO	Emp X 25	0.00	0.00	15.00	0.00	0.00
654.100205 - Programa Enfermedades Metaxenicas Y Zoonosis									
10/02/2025	0000000047	715000200007	SACAGRAPA DE METAL TIPO MARIPOSA	Unidad	0.00	0.00	3.00	0.00	0.00
10/02/2025	0000000047	717200050227	PAPEL BOND 75 g TAMAÑO A4	Emp X 500	0.00	0.00	197.00	0.00	0.00
654.100206 - Programa Enfermedades No Transmisibles									
11/02/2025	0000000053	172100070024	DIESEL B5	Galon	0.00	0.00	16.00	0.00	0.00
13/02/2025	0000000084	091100020017	AGUA MINERAL SIN GAS X 600 mL	Unidad	355.00	0.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	0000000084	091400060006	ATUN EN FILETE EN ACEITE VEGETAL X 185 g	Unidad	0.00	0.00	89.00	0.00	0.00
13/02/2025	0000000084	096800010173	GALLETA DE SODA X 48 g APROX.	Unidad	2,019.00	0.00	0.00	0.00	0.00
654.100209 - Programa Control Y Prevencion En Salud Mental									
13/02/2025	0000000097	716000010195	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA	Unidad	326.00	0.00	0.00	0.00	0.00
654.100213 - Productos Especificos Para Desarrollo Infantil Temprano									
10/02/2025	0000000044	096800010506	GALLETA BAÑADA CON CHOCOLATE X 36 g APROX.	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00	0.00

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000013

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/
1654.100213 - Productos Específicos Para Desarrollo Infantil Temprano								
10/02/2025	0000000045	091100020084	AGUA MINERAL SIN GAS X 625 mL APROX.	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
11/02/2025	0000000054	172100040013	GASOLINA REGULAR	Galon	0.00	0.00	230.00	0.00
11/02/2025	0000000054	172100070024	DIESEL B5	Galon	0.00	0.00	766.00	0.00
12/02/2025	0000000064	133000240065	LEJIA (HIPOCLORITO DE SODIO) AL 5%	Litro	0.00	0.00	150.00	0.00
12/02/2025	0000000064	133000240075	LEJIA (HIPOCLORITO DE SODIO) AL 5% X 1 gal	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
12/02/2025	0000000064	139200100077	JABON DE TOCADOR LIQUIDO X 1 L	Unidad	0.00	0.00	250.00	0.00
12/02/2025	0000000064	501100041546	BOLSA DE POLIETILENO 3 µm X 50 cm X 70 cm APROX. COLOR NEGRO	Unidad	0.00	0.00	2,540.00	0.00
12/02/2025	0000000064	501100042819	BOLSA DE POLIETILENO CON CIERRE HERMETICO 3 µm X 20 cm X 25 cm X 100	Unidad	0.00	0.00	20.00	0.00
12/02/2025	0000000067	767400052383	TINTA DE IMPRESIÓN PARA EPSON COD. REF. T544120AL NEGRO	Unidad	0.00	0.00	5.00	0.00
12/02/2025	0000000067	767400062115	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA HP COD. REF. 85A CE285AD NEGRO	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00
12/02/2025	0000000067	767400062575	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA HP COD. REF. 30A CF230A NEGRO	Unidad	0.00	0.00	3.00	0.00
12/02/2025	0000000071	710300120076	NOTA AUTOADHESIVA 3 in X 3 in X 5 COLORES X 400 HOJAS	Unidad	0.00	0.00	11.00	0.00
12/02/2025	0000000071	717200170035	PAPEL LUSTRE DE 50 cm X 65 cm COLOR AZUL	Unidad	0.00	0.00	11.00	0.00
12/02/2025	0000000071	767400062575	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA HP COD. REF. 30A CF230A NEGRO	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00
1654.1003 - Coordinación De Servicios De Salud								
12/02/2025	0000000075	672289910001	SCANNER AUTOMOTRIZ	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00
1654.13 - Unidad De Seguros								
11/02/2025	0000000048	740880370034	MONITOR LED 23.8 in	Unidad	0.00	0.00	16.00	0.00
11/02/2025	0000000048	740895000034	TECLADO - KEYBOARD CON PUERTO USB + MOUSE CON PUERTO USB	Unidad	0.00	0.00	20.00	0.00
11/02/2025	0000000048	740899500001	UNIDAD CENTRAL DE PROCESO - CPU	Unidad	0.00	0.00	16.00	0.00
11/02/2025	0000000049	040100010001	SERVICIO DE ALIMENTACION DE PERSONAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	1.00
11/02/2025	0000000049	500100050561	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL	Servicio	0.00	0.00	0.00	1.00
11/02/2025	0000000050	900100010004	SERVICIO DE COURIER NIVEL LOCAL Y NACIONAL	Servicio	0.00	0.00	0.00	1.00
13/02/2025	0000000085	607500070125	MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE AMBULANCIA	Servicio	0.00	0.00	0.00	1.00
13/02/2025	0000000086	710600010070	ARCHIVADOR DE CARTON CON PALANCA LOMO ANCHO TAMAÑO A4	Unidad	0.00	0.00	550.00	0.00
13/02/2025	0000000086	710600040050	FOLDER MANILA TAMAÑO A4	Emp X 50	0.00	0.00	20.00	0.00
13/02/2025	0000000086	710600100251	SOBRE MANILA TAMAÑO OFICIO	Emp X 25	0.00	0.00	200.00	0.00
13/02/2025	0000000087	462200500001	ACUMULADOR DE ENERGIA - EQUIPO DE UPS	Unidad	0.00	0.00	11.00	0.00
13/02/2025	0000000088	901500020005	TRASLADO DE RESIDUOS SOLIDOS	Servicio	0.00	0.00	0.00	50,000.00
13/02/2025	0000000089	717200050227	PAPEL BOND 75 g TAMAÑO A4	Emp X 500	0.00	0.00	790.00	0.00
13/02/2025	0000000089	767400052383	TINTA DE IMPRESIÓN PARA EPSON COD. REF. T544120AL NEGRO	Unidad	0.00	0.00	250.00	0.00
13/02/2025	0000000089	767400061403	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA KONICA MINOLTA COD. REF. TN 118 NEGRO	Unidad	0.00	0.00	10.00	0.00

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000013

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										
13/02/2025	0000000089	767400062575	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA HP COD. REF. 30A CF230A NEGRO			Unidad	0.00	0.00	10.00	0.00
13/02/2025	0000000089	767400063580	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA SINDOH COD. REF. N610T30K NEGRO			Unidad	0.00	0.00	2.00	0.00
13/02/2025	0000000089	767400063779	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA HP COD. REF. 145A W1450A NEGRO			Unidad	0.00	0.00	20.00	0.00
13/02/2025	0000000090	718500100014	SUJETADOR PARA PAPEL (TIPO FASTENER) DE METAL X 50			Unidad	0.00	0.00	20.00	0.00
13/02/2025	0000000091	607500070125	MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE AMBULANCIA			Servicio	0.00	0.00	0.00	1.00
13/02/2025	0000000091	850500050002	SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRANSITO - SOAT (PRIMA DE SEGURO)			Servicio	0.00	0.00	0.00	2,800.00
13/02/2025	0000000092	716000010195	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA			Unidad	0.00	0.00	50.00	0.00
13/02/2025	0000000092	716000010208	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR AZUL			Unidad	0.00	0.00	4,700.00	0.00
13/02/2025	0000000092	716000040112	LAPIZ NEGRO GRADO 2B CON BORRADOR			Unidad	0.00	0.00	1,128.00	0.00
13/02/2025	0000000092	717200050227	PAPEL BOND 75 g TAMAÑO A4			Emp X 500	0.00	0.00	60.00	0.00
13/02/2025	0000000093	746437450011	ESCRITORIO DE MELAMINA			Unidad	0.00	0.00	12.00	0.00
13/02/2025	0000000093	746481870001	SILLA FIJA DE METAL			Unidad	0.00	0.00	12.00	0.00
1654.14 - Unidad De Medicamentos, Insumos Y Drogas										
12/02/2025	0000000070	900500030006	TRANSPORTE DE CARGA A NIVEL NACIONAL			Servicio	0.00	0.00	0.00	150,000.00
13/02/2025	0000000078	601000020071	MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE CONGELADORA VERTICAL			Servicio	0.00	0.00	0.00	5,000.00
13/02/2025	0000000079	520500010024	SERVICIO DE INSTALACIÓN DE EQUIPO DE AIRE ACONDICIONADO (NO INCLUYE EL BIEN)			Servicio	0.00	0.00	0.00	24,100.00
13/02/2025	0000000080	601000010023	MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPO DE AIRE ACONDICIONADO			Servicio	0.00	0.00	0.00	7,700.00
13/02/2025	0000000095	112261880001	REFRIGERADORA CONSERVADORA DE MEDICAMENTOS			Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00
13/02/2025	0000000095	172100070024	DIESEL B5			Galon	0.00	0.00	1,666.00	0.00
13/02/2025	0000000095	462200500001	ACUMULADOR DE ENERGIA - EQUIPO DE UPS			Unidad	0.00	0.00	15.00	0.00
13/02/2025	0000000095	746441520059	ESTANTE DE MELAMINA			Unidad	0.00	0.00	47.00	0.00
13/02/2025	0000000095	746441860001	ESTANTE DE METAL			Unidad	0.00	0.00	6.00	0.00

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000013

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/	
654.14 - Unidad De Medicamentos, Insumos Y Drogas									
13/02/2025	0000000096	602292150002	TERMOHIGROMETRO DIGITAL PORTATIL	Unidad	0.00	0.00	17.00	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:



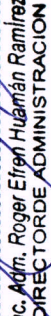
GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO



Dra. Lic. Rosalinda Domínguez Flores
JEFE DE LOGÍSTICA



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



Lic. Adm. Roger Efraim 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° 000000013

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								
11/02/2025	0000000051	172100040013	GASOLINA REGULAR	Galon	0.00	0.00	174.00	0.00
11/02/2025	0000000051	172100070024	DIESEL B5	Galon	0.00	0.00	250.00	0.00
11/02/2025	0000000052	717200050227	PAPEL BOND 75 g TAMAÑO A4	Emp X 500	0.00	0.00	1.00	0.00
11/02/2025	0000000055	172100040013	GASOLINA REGULAR	Galon	0.00	0.00	28.00	0.00
11/02/2025	0000000055	172100070024	DIESEL B5	Galon	0.00	0.00	91.00	0.00
11/02/2025	0000000056	172100040013	GASOLINA REGULAR	Galon	0.00	0.00	972.00	0.00
11/02/2025	0000000057	133000240029	LEJIA (HIPOCLORITO DE SODIO) AL 5% X 1 L	Unidad	0.00	0.00	19.00	0.00
11/02/2025	0000000057	172100040013	GASOLINA REGULAR	Galon	0.00	0.00	3.00	0.00
11/02/2025	0000000058	716000060421	PLUMON PARA PIZARRA ACRILICA PUNTA GRUESA COLOR AZUL	Unidad	0.00	0.00	2.00	0.00
12/02/2025	0000000059	139200100077	JABON DE TOCADOR LIQUIDO X 1 L	Unidad	0.00	0.00	11.00	0.00
12/02/2025	0000000060	135000360004	GUANTE DE JEBE DE USO DOMESTICO TALLA 7	Par	0.00	0.00	50.00	0.00
12/02/2025	0000000060	135000360015	GUANTE DE JEBE DE USO DOMESTICO TALLA L	Par	0.00	0.00	24.00	0.00
12/02/2025	0000000061	133000160003	DETERGENTE GRANULADO X 500 g	Unidad	0.00	0.00	63.00	0.00
12/02/2025	0000000061	133000160080	DETERGENTE GRANULADO X 15 kg	Unidad	0.00	0.00	40.00	0.00
12/02/2025	0000000061	135000080076	ESCOBILLON BALDEADOR DE CERDA PLASTICA X 30 cm	Unidad	0.00	0.00	10.00	0.00
12/02/2025	0000000061	135000140047	REPUESTO DE TRAPEADOR DE TELA 40 cm X 80 cm	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
12/02/2025	0000000062	135000360016	GUANTE DE JEBE DE USO DOMESTICO TALLA M	Par	0.00	0.00	18.00	0.00
12/02/2025	0000000066	899600080091	CAMISETA DE ALGODÓN PIQUÉ MANGA LARGA	Unidad	74.00	0.00	0.00	0.00
12/02/2025	0000000068	717200050227	PAPEL BOND 75 g TAMAÑO A4	Emp X 500	0.00	0.00	433.00	0.00
12/02/2025	0000000068	717200080034	PAPEL KRAFT 50 g DE 75 cm X 1.20 m	Emp X 500	0.00	0.00	13.00	0.00
12/02/2025	0000000069	767400052385	TINTA DE IMPRESIÓN PARA EPSON COD. REF. T544320AL MAGENTA	Unidad	0.00	0.00	11.00	0.00
12/02/2025	0000000069	767400052386	TINTA DE IMPRESIÓN PARA EPSON COD. REF. T544420AL AMARILLO	Unidad	0.00	0.00	12.00	0.00
12/02/2025	0000000072	710600010098	ARCHIVADOR DE CARTON PLASTIFICADO CON PALANCA LOMO ANCHO TAMAÑO A4	Unidad	0.00	0.00	158.00	0.00
12/02/2025	0000000072	710600120002	MICA PORTAPAPELES DE PVC TAMAÑO A4	Unidad	0.00	0.00	16.00	0.00
12/02/2025	0000000072	711100030005	CORRECTOR LIQUIDO TIPO LAPICERO	Unidad	0.00	0.00	80.00	0.00
12/02/2025	0000000072	767400062575	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA HP COD. REF. 30A CF230A NEGRO	Unidad	0.00	0.00	4.00	0.00
12/02/2025	0000000074	710300120076	NOTA AUTOADHESIVA 3 in X 3 in X 5 COLORES X 400 HOJAS	Unidad	0.00	0.00	21.00	0.00
12/02/2025	0000000074	710600010070	ARCHIVADOR DE CARTON CON PALANCA LOMO ANCHO TAMAÑO A4	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
12/02/2025	0000000074	715000110030	ENGRAPADOR DE METAL TIPO ALICATE	Unidad	0.00	0.00	25.00	0.00
12/02/2025	0000000074	715000120003	PERFORADOR DE 2 ESPIGAS PARA 50 HOJAS APROX.	Unidad	0.00	0.00	2.00	0.00
12/02/2025	0000000074	716000010210	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR AZUL	Emp X 50	0.00	0.00	1.00	0.00
12/02/2025	0000000074	717200050227	PAPEL BOND 75 g TAMAÑO A4	Emp X 500	0.00	0.00	1.00	0.00

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000013

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/
00004267 - I-4 San Ignacio								
12/02/2025	0000000074	718500100010	SUJETADOR PARA PAPEL (TIPO FASTENER) DE METAL X 100	Unidad	0.00	0.00	11.00	0.00
12/02/2025	0000000076	710600060042	FORRO DE PLASTICO TRANSPARENTE TAMAÑO A4 X 5 m	Unidad	0.00	0.00	27.00	0.00
12/02/2025	0000000076	715000200007	SACAGRAPA DE METAL TIPO MARIPOSA	Unidad	0.00	0.00	19.00	0.00
12/02/2025	0000000076	717200050224	PAPEL BOND 80 g TAMAÑO A4	Emp X 500	0.00	0.00	35.00	0.00
1654.0201 - Oficina De Administracion								
13/02/2025	0000000094	840500010012	SERVICIO DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA	Servicio	0.00	0.00	0.00	1,400.00
1654.0301 - Oficina De Recursos Humano								
13/02/2025	0000000077	767400062340	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA KONICA MINOLTA COD. REF. TN 323 NEGRO	Unidad	0.00	0.00	2.00	0.00
1654.0801 - Oficina De Desarrollo Institucional								
07/02/2025	0000000042	740880370001	MONITOR LED	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00
07/02/2025	0000000042	740899500001	UNIDAD CENTRAL DE PROCESO - CPU	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00
1654.09 - Oficina De Epidemiologia								
13/02/2025	0000000081	172100040013	GASOLINA REGULAR	Galon	0.00	0.00	30.00	0.00
13/02/2025	0000000081	172100070024	DIESEL B5	Galon	0.00	0.00	24.00	0.00
13/02/2025	0000000082	500100050561	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL	Servicio	0.00	0.00	0.00	1,000.00
13/02/2025	0000000083	899600080088	CAMISETA DE ALGODÓN MANGA CORTA	Unidad	0.00	0.00	43.00	0.00
1654.100204 - Programa Tbc-vih/sida								
10/02/2025	0000000046	091100070097	AGUA DE MESA SIN GAS X 625 mL	Unidad	0.00	0.00	425.00	0.00
10/02/2025	0000000046	096800010371	GALLETA DE SODA X 250 g APROX.	Unidad	0.00	0.00	425.00	0.00
10/02/2025	0000000046	710600040025	FOLDER MANILA TAMAÑO OFICIO	Emp X 25	0.00	0.00	15.00	0.00
1654.100205 - Programa Enfermedades Metaxenicas Y Zoonosis								
10/02/2025	0000000047	715000200007	SACAGRAPA DE METAL TIPO MARIPOSA	Unidad	0.00	0.00	3.00	0.00
10/02/2025	0000000047	717200050227	PAPEL BOND 75 g TAMAÑO A4	Emp X 500	0.00	0.00	197.00	0.00
1654.100206 - Programa Enfermedades No Transmisibles								
11/02/2025	0000000053	172100070024	DIESEL B5	Galon	0.00	0.00	16.00	0.00
13/02/2025	0000000084	091100020017	AGUA MINERAL SIN GAS X 600 mL	Unidad	355.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	0000000084	091400060006	ATUN EN FILETE EN ACEITE VEGETAL X 185 g	Unidad	0.00	0.00	89.00	0.00
13/02/2025	0000000084	096800010173	GALLETA DE SODA X 48 g APROX.	Unidad	2,019.00	0.00	0.00	0.00
654.100209 - Programa Control Y Prevencion En Salud Mental								
10/02/2025	0000000097	716000010195	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA	Unidad	326.00	0.00	0.00	0.00
654.100213 - Productos Especificos Para Desarrollo Infantil Temprano								
10/02/2025	0000000044	096800010506	GALLETA BAÑADA CON CHOCOLATE X 36 g APROX.	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000013

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/
1654.100213 - Productos Específicos Para Desarrollo Infantil Temprano								
10/02/2025	00000000045	0911100020084	AGUA MINERAL SIN GAS X 625 mL APROX.	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
11/02/2025	00000000054	1721100040013	GASOLINA REGULAR	Galon	0.00	0.00	230.00	0.00
11/02/2025	00000000054	1721100070024	DIESEL B5	Galon	0.00	0.00	766.00	0.00
12/02/2025	00000000064	133000240065	LEJIA (HIPOCLORITO DE SODIO) AL 5%	Litro	0.00	0.00	150.00	0.00
12/02/2025	00000000064	133000240075	LEJIA (HIPOCLORITO DE SODIO) AL 5% X 1 gal	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
12/02/2025	00000000064	139200100077	JABON DE TOCADOR LIQUIDO X 1 L	Unidad	0.00	0.00	250.00	0.00
12/02/2025	00000000064	501100041546	BOLSA DE POLIETILENO 3 µm X 50 cm X 70 cm APROX. COLOR NEGRO	Unidad	0.00	0.00	2,540.00	0.00
12/02/2025	00000000064	501100042819	BOLSA DE POLIETILENO CON CIERRE HERMETICO 3 µm X 20 cm X 25 cm X 100	Unidad	0.00	0.00	20.00	0.00
12/02/2025	00000000067	767400052383	TINTA DE IMPRESIÓN PARA EPSON COD. REF. T544120AL NEGRO	Unidad	0.00	0.00	5.00	0.00
12/02/2025	00000000067	767400062115	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA HP COD. REF. 85A CE285AD NEGRO	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00
12/02/2025	00000000067	767400062575	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA HP COD. REF. 30A CF230A NEGRO	Unidad	0.00	0.00	3.00	0.00
12/02/2025	00000000071	710300120076	NOTA AUTOADHESIVA 3 in X 3 in X 5 COLORES X 400 HOJAS	Unidad	0.00	0.00	11.00	0.00
12/02/2025	00000000071	717200170035	PAPEL LUSTRE DE 50 cm X 65 cm COLOR AZUL	Unidad	0.00	0.00	11.00	0.00
12/02/2025	00000000071	767400062575	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA HP COD. REF. 30A CF230A NEGRO	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00
654.1003 - Coordinación De Servicios De Salud								
12/02/2025	00000000075	672289910001	SCANNER AUTOMOTRIZ	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00
654.13 - Unidad De Seguros								
11/02/2025	00000000048	740880370034	MONITOR LED 23.8 in	Unidad	0.00	0.00	16.00	0.00
11/02/2025	00000000048	7408950000034	TECLADO - KEYBOARD CON PUERTO USB + MOUSE CON PUERTO USB	Unidad	0.00	0.00	20.00	0.00
11/02/2025	00000000048	7408995000001	UNIDAD CENTRAL DE PROCESO - CPU	Unidad	0.00	0.00	16.00	0.00
11/02/2025	00000000049	040100010001	SERVICIO DE ALIMENTACION DE PERSONAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	1.00
11/02/2025	00000000049	500100050561	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL	Servicio	0.00	0.00	0.00	1.00
11/02/2025	00000000050	900100010004	SERVICIO DE COURIER NIVEL LOCAL Y NACIONAL	Servicio	0.00	0.00	0.00	1.00
13/02/2025	00000000085	607500070125	MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE AMBULANCIA	Servicio	0.00	0.00	0.00	1.00
13/02/2025	00000000086	710600010070	ARCHIVADOR DE CARTON CON PALANCA LOMO ANCHO TAMAÑO A4	Unidad	0.00	0.00	550.00	0.00
13/02/2025	00000000086	710600040050	FOLDER MANILA TAMAÑO A4	Emp X 50	0.00	0.00	20.00	0.00
13/02/2025	00000000086	710600100251	SOBRE MANILA TAMAÑO OFICIO	Emp X 25	0.00	0.00	200.00	0.00
13/02/2025	00000000087	4622005000001	ACUMULADOR DE ENERGIA - EQUIPO DE UPS	Unidad	0.00	0.00	11.00	0.00
13/02/2025	00000000088	901500020005	TRASLADO DE RESIDUOS SOLIDOS	Servicio	0.00	0.00	0.00	50,000.00
13/02/2025	00000000089	717200050227	PAPEL BOND 75 g TAMAÑO A4	Emp X 500	0.00	0.00	790.00	0.00
13/02/2025	00000000089	767400052383	TINTA DE IMPRESIÓN PARA EPSON COD. REF. T544120AL NEGRO	Unidad	0.00	0.00	250.00	0.00
13/02/2025	00000000089	767400061403	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA KONICA MINOLTA COD. REF. TN 118 NEGRO	Unidad	0.00	0.00	10.00	0.00

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000013

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								
13/02/2025	00000000089	767400062575	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA HP COD. REF. 30A CF230A NEGRO	Unidad	0.00	0.00	10.00	0.00
13/02/2025	00000000089	767400063580	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA SINDOH COD. REF. N610T30K NEGRO	Unidad	0.00	0.00	2.00	0.00
13/02/2025	00000000089	767400063779	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA HP COD. REF. 145A W1450A NEGRO	Unidad	0.00	0.00	20.00	0.00
13/02/2025	00000000090	718500100014	SUJETADOR PARA PAPEL (TIPO FASTENER) DE METAL X 50	Unidad	0.00	0.00	20.00	0.00
13/02/2025	00000000091	607500070125	MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE AMBULANCIA	Servicio	0.00	0.00	0.00	1.00
13/02/2025	00000000091	850500050002	SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRANSITO - SOAT (PRIMA DE SEGURO)	Servicio	0.00	0.00	0.00	2,800.00
13/02/2025	00000000092	716000010195	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA	Unidad	0.00	0.00	50.00	0.00
13/02/2025	00000000092	716000010208	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR AZUL	Unidad	0.00	0.00	4,700.00	0.00
13/02/2025	00000000092	716000040112	LAPIZ NEGRO GRADO 2B CON BORRADOR	Unidad	0.00	0.00	1,128.00	0.00
13/02/2025	00000000092	717200050227	PAPEL BOND 75 g TAMAÑO A4	Emp X 500	0.00	0.00	60.00	0.00
13/02/2025	00000000093	746437450011	ESCRITORIO DE MELAMINA	Unidad	0.00	0.00	12.00	0.00
13/02/2025	00000000093	746481870001	SILLA FIJA DE METAL	Unidad	0.00	0.00	12.00	0.00
1654.14 - Unidad De Medicamentos, Insumos Y Drogas								
12/02/2025	00000000070	900500030006	TRANSPORTE DE CARGA A NIVEL NACIONAL	Servicio	0.00	0.00	0.00	150,000.00
13/02/2025	00000000078	601000020071	MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE CONGELADORA VERTICAL	Servicio	0.00	0.00	0.00	5,000.00
13/02/2025	00000000079	520500010024	SERVICIO DE INSTALACIÓN DE EQUIPO DE AIRE ACONDICIONADO (NO INCLUYE EL BIEN)	Servicio	0.00	0.00	0.00	24,100.00
13/02/2025	00000000080	601000010023	MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPO DE AIRE ACONDICIONADO	Servicio	0.00	0.00	0.00	7,700.00
13/02/2025	00000000095	112261880001	REFRIGERADORA CONSERVADORA DE MEDICAMENTOS	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00
13/02/2025	00000000095	172100070024	DIESEL B5	Galon	0.00	0.00	1,666.00	0.00
13/02/2025	00000000095	4622000500001	ACUMULADOR DE ENERGIA - EQUIPO DE UPS	Unidad	0.00	0.00	15.00	0.00
13/02/2025	00000000095	746441520059	ESTANTE DE MELAMINA	Unidad	0.00	0.00	47.00	0.00
13/02/2025	00000000095	746441860001	ESTANTE DE METAL	Unidad	0.00	0.00	6.00	0.00

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000013

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/	
1654.14 - Unidad De Medicamentos, Insumos Y Drogas									
3/02/2025	0000000096	602292150002	TERMOHIGROMETRO DIGITAL PORTATIL	Unidad	0.00	0.00	17.00	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 SALUD SAN IGNACIO
Dra. Lic. Rosita Inés Espinoza Flores
JEFE DE LOGÍSTICA


GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO
Lic. Alm. Roger Eren Hugmán Ramirez
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°: 10651740

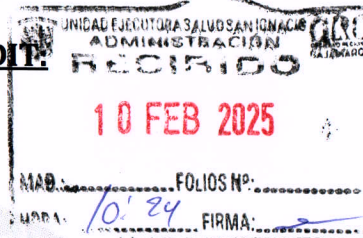
San Ignacio, 10 de febrero 2025

OFICIO N° -26 - 2025- GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG-SP-AIS/PEDITE

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 adquisición de refrigerios fríos para la distribución extramural. DE MANERA URGENTE

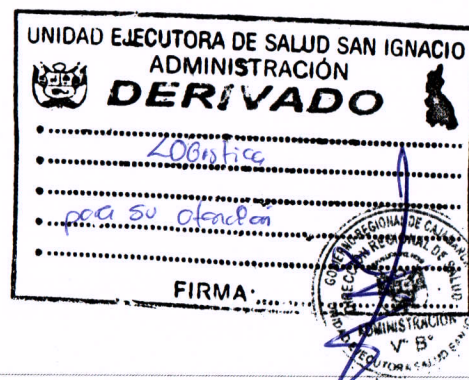
Agradeciendo su gentil atención al presente, me despido reiterándole mi gran consideración y estima personal.

Se adjunta Anexo 05.

Atentamente,




Lic. Enr. Amali Guerrero Adas



ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000044

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

Centro de Costo: 1654.100213 PRODUCTOS ESPECIFICOS PARA DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO
Fecha de Solicitud: 10/02/2025

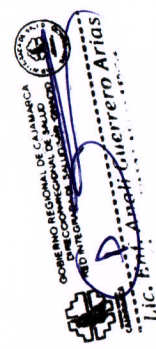
Código Item N.-	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total \$/	Cantidad Total	Valor Total \$/

096800010506	GALLETA BAÑADA CON CHOCOLATE X 36 g APROX.	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
--------------	--	--------	------	------	--------	------

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): SOLICITO APROBACION DE MODIFICACION DEL CMN-ANEXO -05

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 CAJAMARCA
DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
Lic. Pn. Anselmo Guerrero Arias

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000045

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

Centro de Costo: 1654.100213 PRODUCTOS ESPECIFICOS PARA DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO
Fecha de Solicitud: 10/02/2025

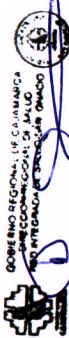
Código Item N.-	ITEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/

091100020084	AGUA MINERAL SIN GAS X 625 mL APROX.	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
--------------	--------------------------------------	--------	------	------	--------	------

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): SOLICITO APROBACIÓN DE MODIFICACIÓN DEL CMN -ANEXO 05

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. Enl. Anaquel Guerrero Arias

Firma: Responsable del Área Usuaria

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

MAD: 10653032

San Ignacio, 10 de febrero de 2025

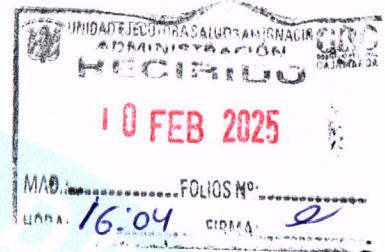
OFI N°38-2025-GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG-SP-AIS/ESNTBC

SEÑOR:

LIC. ADM. ROGER EFREN HUAMAN RAMIREZ
JEFE DE ADMINISTRACIÓN

ATENCIÓN : JEFE DE LOGISTICA

ASUNTO : REMITO ANEXO N°5-SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CMN

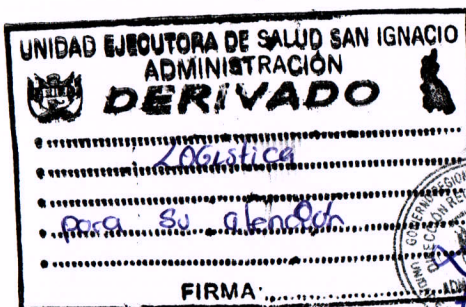


Por el presente me dirijo a usted con la finalidad de expresarle mi cordial saludo y al mismo tiempo, hacerle llegar el anexo N°5-Solicitud de Modificación del CMN, con la finalidad de modificar e incluir algunos ítems del programa 0016-TB-VIH, según como se detalla a continuación:

META	ITEM	MODIFICACION	EXCLUSIÓN	INCLUSIÓN
0018	AGUA DE MESA SIN GAS X 625 mL	X		
	GALLETA DE SODA X 250 g APROX.	X		
	FOLDER MANILA TAMAÑO OFICIO			X

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

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
Mg.a. Tania Cruz Arismendi
CABERO: ESPECIALISTA SANITARIA TUBERCULOSIS
C.E.S. U° 12582

RED DE SALUD SAN IGNACIO
LOGISTICA
RECIBIDO
11 FEB 2025
REG: FOLIOS N°:
HORA: 8:00a FIRMA:

C.C. ARCHIVO
GTHC/MAB/TECA

Fecha de Solicitud: 10/02/2025

ITEM		CANTIDAD Y/O VALORES				
Código Item N.-	Descripción del Item	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total \$/	Cantidad Total	Valor Total \$/
091100070097	AGUA DE MESA SIN GAS X 625 mL	Unidad	0.00	0.00	425.00	0.00
096800010371	GALLETTE DE SODA X 250 g APROX.	Unidad	0.00	0.00	425.00	0.00
		Emp X 25	0.00	0.00	15.00	0.00

ANEXO 1 **ANÁLISIS DE MODIFICACIONES DEL CMN** **al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): SOLICITO MODIFICACION E INCLUSION DE ITEMS**

Realizar la inclusión o exclusión de la programación: SOLICITO MODIFICACION E INCLUSION DE ITEMS

- 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:

COMISSÃO DE ECONOMIA, CIÊNCIAS
HUMANAS E LETRAS DA UFPA
UNIDADE RECTORAL DO BELÉM

[Handwritten signature]

Prof.ª Maria Cruz Aguiar de
COORD. GERAL DO CURSO DE GRADUAÇÃO
E.S.P. N.º 1400

Firma: Responsable del Área Usuaria

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

MAD: 10653043

San Ignacio, 10 de febrero de 2025

OFI N°16-2025-GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG-SP-AIS/METAX

SEÑOR:

LIC. ADM. ROGER EFREN HUAMAN RAMIREZ
JEFE DE ADMINISTRACIÓN

ATENCIÓN : JEFE DE LOGISTICA

ASUNTO : REMITO ANEXO N°5-SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CMN

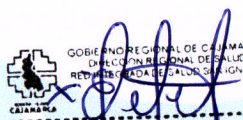
=====

Por el presente me dirijo a usted con la finalidad de expresarle mi cordial saludo y al mismo tiempo, hacerle llegar los anexos N°5-Solicitud de Modificación del CMN, con la finalidad de modificar algunos ítems para el desarrollo de las actividades de la estrategia Metaxenicas, según como se detalla a continuación:

META	ITEM	MODIFICACION	EXCLUSIÓN	INCLUSIÓN
0034	PAPEL BOND 75 g TAMAÑO A4	X		
	SACAGRAPA DE METAL TIPO MARIPOSA			X



Atentamente,


Blgo. Samuel O. Barba Hurtado
COORDINADOR ESTRATEGIA SANITARIA METAXENICAS
C.B.P. N° 10590



UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Centro de Costo: 1654.100205 PROGRAMA ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZOONOSIS

Fecha de Solicitud: 10/02/2025

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/
715000200007	SACAGRAPA DE METAL TIPO MARIPOSA	Unidad	0.00	0.00	3.00	0.00
717200050227	PAPEL BOND 75 g TAMAÑO A4	Emp X 500	0.00	0.00	197.00	0.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27);SOLICITO MODIFICACIÓN E INCLUSION DE ITEMS.

De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:SOLICITO MODIFICACIÓN E INCLUSION DE ITEMS.

- 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

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD IGNACIO

ATLANTA



Blgo. Samuel B. Barba Hurtado

COORDINADOR ESTRATEGIA SANITARIA METAENICAS

C.B.P. N° 10590

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"



MAD: 10640775

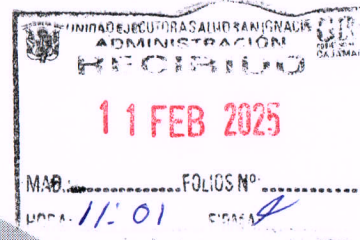
OFICIO N° 075 – 2025-GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG/ODI

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 y monitor para la oficina de presupuesto, 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.

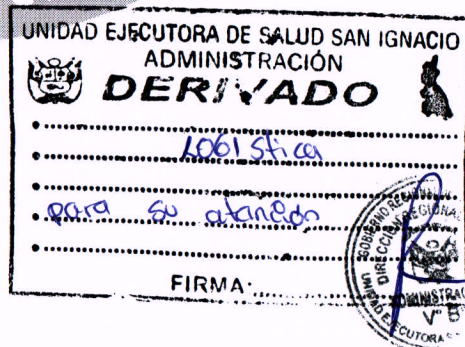
Atentamente;

Cc.



: Archivo

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
UNIDAD EJECUTORA DE SALUD SAN IGNACIO
Lic. Adm. ERICK WILLIAM DOMESTINO RAMÍREZ
JEFE OFIC. DESARROLLO INSTITUCIONAL



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 ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total \$/	Cantidad Total	Valor
740880370001	MONITOR LED	Unidad	0.00	0.00	1.00	1.00
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): 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 CAJAMARCA
UNIDAD EJECUTORA SALUD
OFICINA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL



Firma: Responsable del Área Usuaria

MAD N°: 10654891

San Ignacio, 11 de febrero del 2025

OFICIO N°80 -2025- GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG/U. S

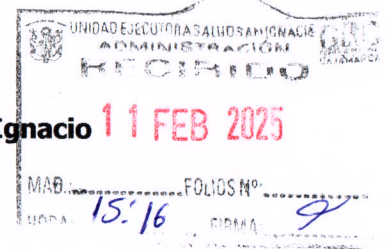
Sr: Lic. Adm. Roger E. Huamán Ramirez

Jefe de Administración de la Unidad Ejecutora Salud San Ignacio

Atención : Dra. Lic. Rossitain Dominguez Flores

Jefa De Logística U.E Salud San Ignacio

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



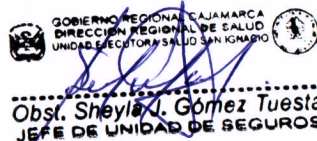
Mediante el presente me dirijo a usted para saludarle muy cordialmente y al mismo tiempo, hacerle llegar los Anexos N° 05: Solicitud de modificación del Cuadro Multianual de necesidades, con el fin de solicitar incorporación de ítems, y poder realizar los pedidos de bienes y servicios.

Adjunto: Anexo N° 05 - Solicitud de modificación del CMN N°0048
Anexo N° 05 - Solicitud de modificación del CMN N°0049
Anexo N° 05 - Solicitud de modificación del CMN N°0050

La incorporación de dichos ítems es de carácter urgente, teniendo en cuenta la necesidad de la adquisición de formatearía para el registro de las prestaciones de salud de usuarios afiliados al SIS, así como los equipos de cómputo, para la digitación.

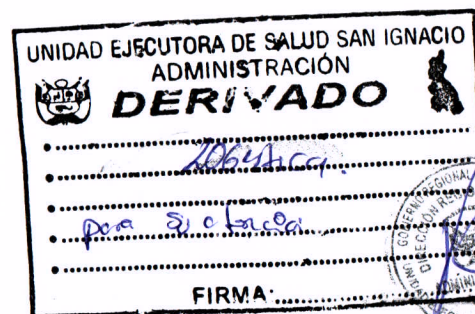
Agradeciendo su gentil atención al presente, me despido reiterándole mi gran consideración y estima personal.

Atentamente;



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

C.C. Archivo
SJGT /hxoc/



ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000050

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

Centro de Costo: 1654.13 UNIDAD DE SEGUROS

Fecha de Solicitud: 11/02/2025

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/

900100010004	SERVICIO DE COURIER NIVEL LOCAL Y NACIONAL	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): SE SOLICITA 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:


GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA SAN IGNACIO

.....
Obst/ Shelya J. Gómez Tuésia
JEFE DE UNIDAD DE SEGUROS

Firma: Responsable del Área Usuaria

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

Centro de Costo: 1654.13 UNIDAD DE SEGUROS
Fecha de Solicitud: 11/02/2025

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/

040100010001	SERVICIO DE ALIMENTACION DE PERSONAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	1.00
500100050561	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL	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): SE SOLICITA 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:


GOBIERNO REGIONAL LIMA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD REGIONAL SALUD SAN IGNACIO


Obsr. Shelya U. Gómez Tuesta
JEFE DE UNIDAD DE SEGUROS

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000048

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

Centro de Costo: 1654.13 UNIDAD DE SEGUROS
Fecha de Solicitud: 11/02/2025

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/
740880370034	MONITOR LED 23.8 in	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00
740895000034	TECLADO - KEYBOARD CON PUERTO USB + MOUSE CON PUERTO USB	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00
740899500001	UNIDAD CENTRAL DE PROCESO - CPU	Unidad	0.00	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): SE SOLICITA 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:



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

Firma: Responsable del Área Usuaria

MAD N°: **10655287**

San Ignacio, 11 de febrero 2025

OFICIO N° 30 - 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

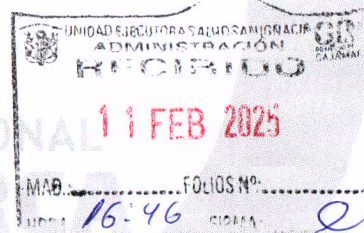
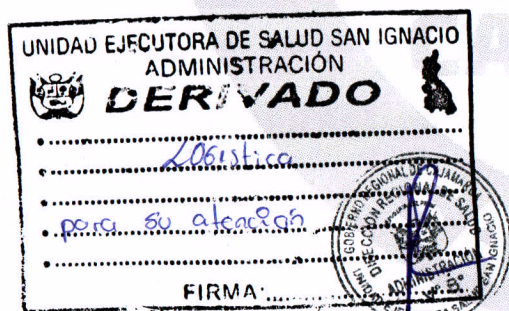
ASUNTO : SOLICITO APROBACIÓN DE MODIFICACIÓN DEL CMN -ANEXO 05

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 adquisición de combustible para la distribución extramural.

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. Enf. Anali Guerrero Arias

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

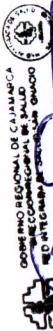
Centro de Costo: 00004267 I-4 SAN IGNACIO
Fecha de Solicitud: 11/02/2025

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/
172100040013	GASOLINA REGULAR	Galon	0.00	0.00	28.00	0.00
172100070024	DIESEL B5	Galon	0.00	0.00	91.00	0.00

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

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 CAJAMARCA
GOBIERNO REGIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
Lic. Enl. Amalia Guerrero Arias

Firma: Responsable del Área Usuaria

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

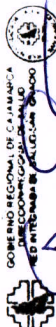
Centro de Costo: 00004267 I-4 SAN IGNACIO
Fecha de Solicitud: 11/02/2025

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/
172100040013	GASOLINA REGULAR	Galon	0.00	0.00	972.00	0.00

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

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 CAJAMARCA
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN PÚBLICA
Lic. Ent. Anali Guerrero Arias

Firma: Responsable del Área Usuaria

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Fecha de Solicitud: 11/02/2025

Cuanto para la corrección de modificaciones del CMN al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): SOLICITO APROBACION DE MODIFICACION

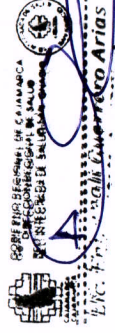
La información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público u organización de la entidad.

2/ La información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad v/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) El campo de cantidad total de compañías debe ser completado con el número de compañías que se suscriben a 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: **10655263**

San Ignacio, 11 de febrero, 2025

OFI N° 8-2025-GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG-SP-AIS/ESDNT

SEÑOR : LIC. ROGER HUAMAN RAMÍREZ
JEFE DE OFICINA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DE RED DE
SALUD SAN IGNACIO

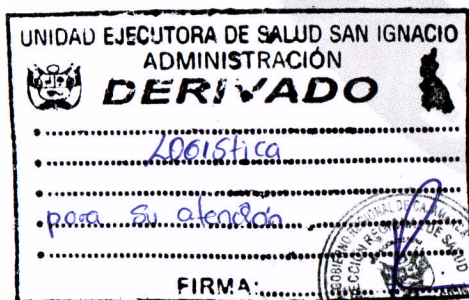
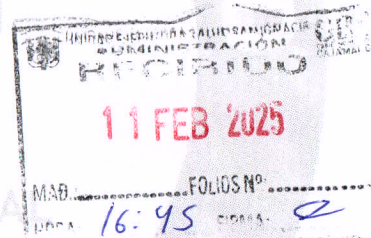
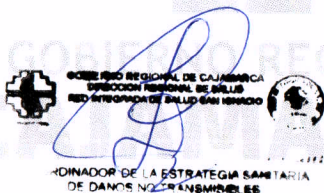
ATENCIÓN A : OFICINA DE LOGÍSTICA

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 realiza el pedido de solicitud de DIESEL B5.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi mayor consideración y estima personal.

Atentamente,



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

Centro de Costo: 1654.100206 PROGRAMA ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
Fecha de Solicitud: 11/02/2025

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/
172100070024	DIESEL B5		Galon	0.00	0.00	16.00	0.00

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

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

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

MAD N°: 10654966

San Ignacio, 11 de febrero de 2025

OFI N° 27-2025-GR-CAJ-DRSC-RSSI-DG-AIS/P.M.N:

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.

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

Se adjunta Anexo 05.

Atentamente,

NEY
Cc
Archivo

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA SRC
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
Ecos Yataco
Obst. Nadia Ecos Yataco
COORD. DE MATERNO NEONATAL

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

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

RED DE SALUD SAN IGNACIO
LOGISTICA
RECIBIDO
12 FEB 2025
REG: FOLIOS N° :
HORA: *9:13a* FIRMA: *[Firma]*

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

Centro de Costo: 00004267 I-4 SAN IGNACIO
Fecha de Solicitud: 11/02/2025

Código ítem N.-	ITEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total \$/	Cantidad Total	Valor Total \$/
172100040013	GASOLINA REGULAR	Galon	0.00	0.00	174.00	0.00
172100070024	DIESEL B5	Galon	0.00	0.00	250.00	0.00

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:

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO

ECOS YATACO

Obst. Nidia Ecos Yataco

COORD DE MATERNO NEONATAL

Firma: Responsable del Área Usuaria

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

Centro de Costo: 00004267 I-4 SAN IGNACIO
Fecha de Solicitud: 11/02/2025

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/
717200050227	PAPEL BOND 75 g TAMAÑO A4	Emp X 500	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):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 Cajamarca

Unidad Ejecutora Salud San Ignacio

Dr. Nadia Ecos Yataco

COORD. DE MATERNO NEONATAL

Firma: Responsable del Área Usuaria

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

MAD: 10655866

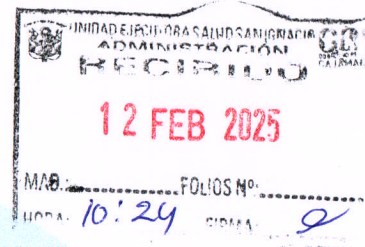
San Ignacio, 12 de febrero de 2025

OFI N°39-2025-GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG-SP-AIS/ESNTBC

SEÑOR:
LIC. ADM. ROGER EFREN HUAMAN RAMIREZ
JEFE DE ADMINISTRACIÓN

ATENCIÓN : JEFE DE LOGISTICA

ASUNTO : REMITO ANEXO N°5-SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CMN

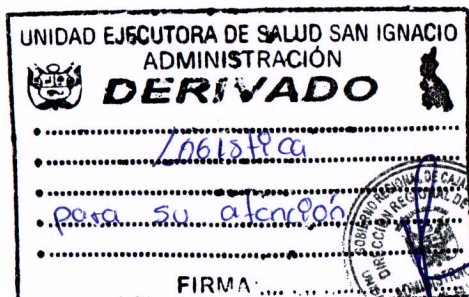


Por el presente me dirijo a usted con la finalidad de expresarle mi cordial saludo y al mismo tiempo, hacerle llegar el anexo N°5-Solicitud de Modificación del CMN, con la finalidad de modificar e incluir algunos ítems de la Estrategia Tuberculosis, según como se detalla a continuación:

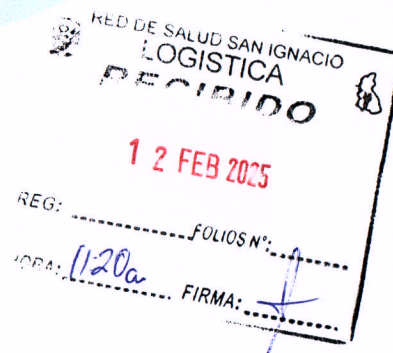
META	ITEM	MODIFICACION	EXCLUSIÓN	INCLUSIÓN
0021	GASOLINA REGULAR	X		
	LEJÍA (HIPOCLORITO DE SODIO) AL 5% X 1L			X
0024	PLUMON PARA PIZARRA ACRILICA PUNTA GRUESA COLOR AZUL	X		

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
UNIDAD EJECUTORA DE SALUD SAN IGNACIO
Dpto. Tania Cruz Arriandis
COORD. ESTRATEGIA SANITARIA TUBERCULOSIS
C.B.P. 17 12882



C.C. ARCHIVO
GTHC/MAB/TECA

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

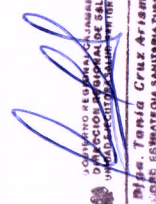
Centro de Costo: 00004267 I-4 SAN IGNACIO
Fecha de Solicitud: 11/02/2025

Código Item N.-	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		CANTIDAD Y/O VALORES		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
133000240229	LEJÍA (HIPOCLORITO DE SODIO) AL 5% X 1 L	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	19.00	0.00
172100040313	GASOLINA REGULAR	Galon	0.00	0.00	0.00	0.00	3.00	0.00

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

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

- 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
GOBIERNO REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA
Dña. Tania Cruz Arismendi
C.C.P. N° 12332

Firma: Responsable del Área Usuaria

UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654
Centro de Costo: 00004267 I-4 SAN IGNACIO
Fecha de Solicitud: 11/02/2025

Código Item N° -	Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total \$/	Cantidad Total	Valor Total \$/
716000060421	PLUMON PARA PIZARRA ACRILICA PUNTA GRUESA COLOR AZUL	Unidad	0.00	0.00	2.00	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 DE ITEM

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


JOSÉ MANUEL CRUZ ARIZUMENDI
DIRECTOR GENERAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
6 8 9 14 12333

Firma: Responsable del Área Usuaria

MAD N°: **10655830**

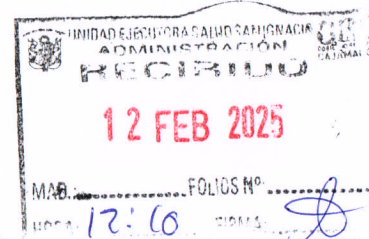
San Ignacio, 12 de febrero 2025

OFICIO N° 31 - 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

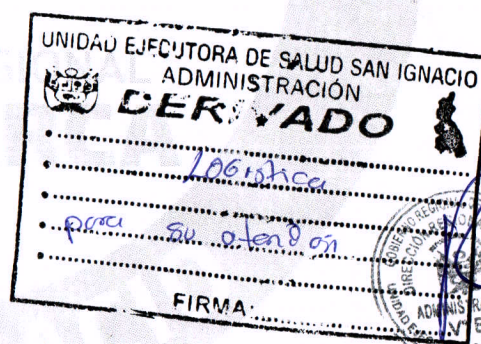


Es grato dirigirme a usted para brindarle mi cordial saludo y al mismo tiempo solicitarle la Aprobación de Modificación del Cuadro Multianual de Necesidades, para realizar el pedido de solicitud de adquisición de material de aseo y limpieza para la distribución extramural.

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. Enf. Anali Guerrero Arias



Modulo de Logistica
Versión 24.03.00.U2.MCMN

UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Centro de Costo: 1654 100213 PRODUCTOS ESPECIFICOS PARA DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO

Fecha de Solicitud: 12/02/2025

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/
133000240065	LEJIA (HIPOCLORITO DE SODIO) AL 5%	Litro	0.00	0.00	150.00	0.00
133000240075	LEJIA (HIPOCLORITO DE SODIO) AL 5% X 1 gal	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
139200100077	JABON DE TOCADOR LIQUIDO X 1 L	Unidad	0.00	0.00	250.00	0.00
5011000041546	BOLSA DE POLIETILENO 3 µm X 50 cm X 70 cm APROX. COLOR NEGRO	Unidad	0.00	0.00	2,540.00	0.00
5011000042819	BOLSA DE POLIETILENO CON CIERRE HERMETICO 3 µm X 20 cm X 25 cm X 100	Unidad	0.00	0.00	20.00	0.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): SOLICITO APROBACION DE MODIFICATORIA DE LA META82

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 CAJAMARCA
INSTITUCIONAL DE SALUD
CENTRO REGIONAL DE SALUD SAN CAMILO

Dr. Enl. Andy Guerrero Arias

Firma: Responsable del Área Usual

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000059

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

Centro de Costo: 00004267 I-4 SAN IGNACIO
Fecha de Solicitud: 12/02/2025

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/

139200100077	JABON DE TOCADOR LIQUIDO X 1 L	Unidad	0.00	0.00	11.00	0.00
--------------	--------------------------------	--------	------	------	-------	------

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): SOLICITO APROBACION DE MODIFICATORIA D ELA META 83

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 CAJAMARCA
SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN DE SALUD BUENOS
DIRECCIÓN DE SALUD BUENOS
LIR. *Andrés Guerrero Arias*

Firma: Responsable del Área Usuaria

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

Centro de Costo: 00004267 I-4 SAN IGNACIO
Fecha de Solicitud: 12/02/2025

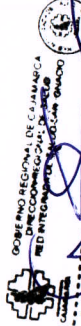
Código ítem N.-	ITEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/

135000360004	GUANTE DE JEBE DE USO DOMESTICO TALLA 7	Par	0.00	0.00	50.00	0.00
135000360015	GUANTE DE JEBE DE USO DOMESTICO TALLA L	Par	0.00	0.00	24.00	0.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): SOLICITO APROBACION DE MODIFICATORIA DE LA META 86

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. Dr. Anahí Guerrero Arias

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000062

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

Centro de Costo: 00004267 I-4 SAN IGNACIO

Fecha de Solicitud: 12/02/2025

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/

135000360016	GUANTE DE JEBE DE USO DOMESTICO TALLA M	Par	0.00	0.00	18.00	0.00
--------------	---	-----	------	------	-------	------

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

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 CALLAO
SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
REGISTRADO EN EL M. P. N.º 123456789

L. Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000061

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

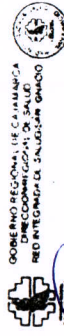
Centro de Costo: 00004267 I-4 SAN IGNACIO
Fecha de Solicitud: 12/02/2025

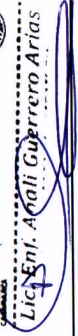
Código Item N.-	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
133000160003	DETERGENTE GRANULADO X 500 g	Unidad	0.00	0.00	63.00	0.00
133000160080	DETERGENTE GRANULADO X 15 kg	Unidad	0.00	0.00	40.00	0.00
135000080076	ESCOBILLON BALDEADOR DE CERDA PLASTICA X 30 cm	Unidad	0.00	0.00	10.00	0.00
135000140047	REPUESTO DE TRAPEADOR DE TELA 40 cm X 80 cm	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27):SOLICITO APROBACION DE MODIFICATORIA DE LA META 88

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
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD


Lic. Snr. Anali Guerrero Arias

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"



UNIDAD EJECUTORA DE SALUD SAN IGNACIO
LOGISTICA
RECIBIDO

12 FEB 2025

REG: _____ FOLIOS N°: _____
HORA: 5:00p _____ FIRMA: _____

MAD: 10656231

San Ignacio, 12 de febrero de 2025

OFI N° 43-2025-GR.CAJ/DSRSJ/RS.SI/DG-CIS-AIS/SM

SEÑOR:

LIC. ADM. ROGER EFREN HUAMAN RAMIREZ

ADMINISTRADOR DE LA UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO

ATENCIÓN : JEFE DE LOGISTICA

ASUNTO : REMITO ANEXO N°5-SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL
CMN

Por el presente me dirijo a usted con la finalidad de expresarle mi cordial saludo y al mismo tiempo, hacerle llegar el anexo N°5-Solicitud de Modificación del CMN N°0000000066, con la finalidad de incluir el Item de Servicio Especializado en Psicología de la meta 79 – Programa de Control y Prevención en Salud Mental.

Adjunto;

- Anexo N°5: Cuadro de Modificación del cuadro Multianual de Necesidades N°0000000066

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

UNIDAD EJECUTORA DE SALUD SAN IGNACIO
ADMINISTRACIÓN
DERIVADO
FIRMA: _____

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
UNIDAD EJECUTORA DE SALUD SAN IGNACIO
NURY M. MEDINA PARIENTE
JEFE DE LOGISTICA
RECIBIDO

UNIDAD EJECUTORA DE SALUD SAN IGNACIO
ADMINISTRACIÓN
RECIBIDO
12 FEB 2025
MAD: _____ FOLIOS N°: _____
HORA: 10:58am _____ FIRMA: _____

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

Centro de Costo: 00004267 I-4 SAN IGNACIO
Fecha de Solicitud: 12/02/2025

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/

899600080091	CAMISETA DE ALGODÓN PIQUÉ MANGA LARGA	Unidad	74.00	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 EXCLUIR ITEM CON OFICIO

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 CALAMARCA
GOBIERNO REGIONAL DE LA
UNION DE LA AMERICA DEL SUR
GOBIERNO REGIONAL DE SAN
CARLOS DE RIVERA
GOBIERNO REGIONAL DE
MAYAGUEZ

GOBIERNO REGIONAL CALAMARCA
GOBIERNO REGIONAL DE LA
UNION DE LA AMERICA DEL SUR
GOBIERNO REGIONAL DE SAN
CARLOS DE RIVERA
GOBIERNO REGIONAL DE
MAYAGUEZ

GOBIERNO REGIONAL CALAMARCA
GOBIERNO REGIONAL DE LA
UNION DE LA AMERICA DEL SUR
GOBIERNO REGIONAL DE SAN
CARLOS DE RIVERA
GOBIERNO REGIONAL DE
MAYAGUEZ

Firma: Responsable del Área Usuaria

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

MAD N°: 10656710

San Ignacio, 13 de febrero del 2025 **13 FEB 2025**

OFI N° 56-2025-GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG/SISMED

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

Ate
cción: Dra. Lic. Rossitain Domínguez Flores
Jefa De Logística U.E Salud San Ignacio

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

REG: FOLIOS N°:
HORA: 11:00am FIRMA: 

UNIDAD EJECUTORA DE SALUD SAN IGNACIO
ADMINISTRACIÓN
RECIBIDO
13 FEB 2025
MAD: FOLIOS N°:
HORA: 9:13 FIRMA: 

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 en los ítems de los programas presupuestales 0018 ,0016,0017,0131-meta(s) 45,29,44,77

Adjunto: Anexo N° 05 - Solicitud de modificación del CMN N°0070
Adjunto: Anexo N° 05 - Solicitud de modificación del CMN N°0078
Adjunto: Anexo N° 05 - Solicitud de modificación del CMN N°0079
Adjunto: Anexo N° 05 - Solicitud de modificación del CMN N°0080

La incorporación de dichos ítems es de carácter urgente, teniendo en cuenta las necesidades de la contratación servicio de transporte y distribución de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios a los 87 establecimientos de salud dentro del ámbito de la provincia de San Ignacio, mantenimientos de equipos y servicio de instalación de los mismos en cumplimiento a la normativa SISMED Vigente.

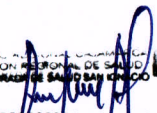
Se hace referencia a la directiva N° 05-2021-EF/54.01 en el artículo 27 modificaciones al CMN en el punto 27.4, en caso la modificación requiera ser aprobada en un plazo distinto al indicado al numeral anterior, el área usuaria sustenta ello ante el área involucrada en la gestión del CAP, quien gestiona su aprobación, como máximo al día siguiente hábil de su presentación ante el titular de la entidad u organización de la entidad, o por el funcionario a quien se haya delegado dicha facultad.

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

Atentamente;

Cc.
Archivo
AMBA/ygqo




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

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000070

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: 12/02/2025

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/

900500030006	TRANSPORTE DE CARGA A NIVEL NACIONAL	Servicio	0.00	0.00	0.00	150,000.00
--------------	--------------------------------------	----------	------	------	------	------------

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:


DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
MINISTERIO DE SALUD
Mg. Q.F. Ana María Barredano Armas
C.O.F. N° 07896
JEFE DEL SISME

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000080

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: 13/02/2025

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/
601000010023	MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPO DE AIRE ACONDICIONADO	Servicio	0.00	0.00	0.00	7,700.00

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:


Mg. Q.F Ana María Beltrán Armas
C.O.F.P. N° 07580
JEFE DEL SISMEC

Firma: Responsable del Área Usuaría

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000079

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

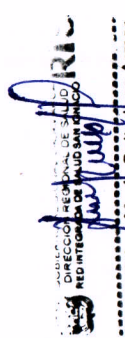
Centro de Costo: 1654.14 UNIDAD DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS
Fecha de Solicitud: 13/02/2025

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/
520500010024	SERVICIO DE INSTALACIÓN DE EQUIPO DE AIRE ACONDICIONADO (NO INCLUYE EL BIEN)	Servicio	0.00	0.00	0.00	24,100.00

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:


DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
REG. INTEGRACIÓN DE SALUD SAN IGNACIO
Mg. Q.F. Ana María Balcodano Armas
C.O.F.P. N° 07599
JEFE DEL SIGART

Firma: Responsable del Área Usuaria

MAD N°: **10657032**

San Ignacio, 12 de febrero 2025

OFICIO N° - 32 - 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 adquisición de papelería en general de las siguientes metas 81,82,83,84,86,88,89 para la distribución de lo 86 establecimientos.

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

Se adjunta Anexo 05.

Atentamente,

RED DE SALUD SAN IGNACIO
LOGISTICA
RECIBIDO
13 FEB 2025
REG: _____ FOLIOS N°: _____
HORA: 11:00am FIRMA: _____

UNIDAD EJECUTORA DE SALUD SAN IGNACIO
ADMINISTRACIÓN
DERIVADO
.....
.....
.....
.....
.....
.....
FIRMA: _____

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO
Lic. Enf. Anali Guerrero Arias

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

Centro de Costo: 1654.100213 PRODUCTOS ESPECIFICOS PARA DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO
Fecha de Solicitud: 12/02/2025

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/
767400062383	TINTA DE IMPRESIÓN PARA EPSON COD. REF. T544120AL NEGRO	Unidad	0.00	0.00	5.00	0.00
767400062115	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA HP COD. REF. 85A CE285AD NEGRO	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00
767400062575	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA HP COD. REF. 30A CF230A NEGRO	Unidad	0.00	0.00	3.00	0.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27);SOLICITO APROBACION DE MODIFICATORIA DE PAPELERIA EN LA META 82

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

GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO



Lic. Enfr. Amith Guerrero Armas

Firma: Responsable del Área Usuaría

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

Centro de Costo: 1654.100213 PRODUCTOS ESPECIFICOS PARA DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO

Fecha de Solicitud: 12/02/2025

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/
710300120076	NOTA AUTOADHESIVA 3 in X 3 in X 5 COLORES X 400 HOJAS	Unidad	0.00	0.00	11.00	0.00
717200170035	PAPEL LUSTRE DE 50 cm X 65 cm COLOR AZUL	Unidad	0.00	0.00	11.00	0.00
767400062575	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA HP COD. REF. 30A CF230A NEGRO	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 APROBACION DE MODIFICATORIA DE PAPELERIA DE LA META 81

De ser el caso, indicar ellos 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 DE SALUD
Lic. Enfi. Analis Cuartero Arias



Firma: Responsable del Área Usuaría

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

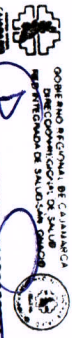
Centro de Costo: 00004267 I-4 SAN IGNACIO
Fecha de Solicitud: 12/02/2025

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/
717200050227	PAPEL BOND 75 g TAMAÑO A4		Emp X 500	0.00	0.00	433.00	0.00
717200080034	PAPEL KRAFT 50 g DE 75 cm X 1.20 m		Emp X 500	0.00	0.00	13.00	0.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27);SOLICITO APROBACION DE MODIFICATORIA DE LA META 88

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 LIMA
DEPARTAMENTO DE SALUD
Lima, 12 de febrero del 2025

Lic. Em. Anali Guerrero Rojas

Firma: Responsable del Área Usuaría

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000069

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

Centro de Costo: 00004267 1-4 SAN IGNACIO

Fecha de Solicitud: 12/02/2025

Codigo 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/
767400052385	TINTA DE IMPRESIÓN PARA EPSON COD. REF. T544320AL MAGENTA	Unidad	0.00	0.00	11.00	0.00
767400052386	TINTA DE IMPRESIÓN PARA EPSON COD. REF. T544420AL AMARILLO	Unidad	0.00	0.00	12.00	0.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27);SOLICITO APROBACION DE MODIFICATORIA DE PAPELERIA EN LA META 86

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 CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN DE SALUD COMUNITARIA
L.C. *Enil Guerrero Arias*

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000072

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

Centro de Costo: 00004267 I-4 SAN IGNACIO

Fecha de Solicitud: 12/02/2025

Código Item N.-	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total \$/	Cantidad Total	Valor Total \$/
710600010098	ARCHIVADOR DE CARTON PLASTIFICADO CON PALANCA LOMO ANCHO TAMAÑO A4	Unidad	0.00	0.00	158.00	0.00
710600120002	MICA PORTAPAPELES DE PVC TAMAÑO A4	Unidad	0.00	0.00	16.00	0.00
711100030005	CORRECTOR LIQUIDO TIPO LAPICERO	Unidad	0.00	0.00	80.00	0.00
767400062575	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA HP COD. REF. 30A CF230A NEGRO	Unidad	0.00	0.00	4.00	0.00

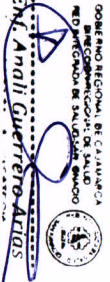
Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27):SOLICITO APROBACION DE MODIFICATORIA DE PAPELARIA EN GENERAL DE LA META 84

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 PALANCA
SECRETARÍA DE SALUD
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO



Lic. ENL. Anali Guerrero Arias

Firma: Responsable del Área Usuaría

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

Centro de Costo: 00004267-1-4 SAN IGNACIO
Fecha de Solicitud: 12/02/2025

Código Item N.-	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total \$/	Cantidad Total	Valor Total \$/
710300120076	NOTA AUTOADHESIVA 3 in X 3 in X 5 COLORES X 400 HOJAS	Unidad	0.00	0.00	21.00	0.00
710600010070	ARCHIVADOR DE CARTON CON PALANCA LOMO ANCHO TAMAÑO A4	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
715000110030	ENGRAPADOR DE METAL TIPO ALCATE	Unidad	0.00	0.00	25.00	0.00
715000120003	PERFORADOR DE 2 ESPIGAS PARA 50 HOJAS APROX.	Unidad	0.00	0.00	2.00	0.00
716000010210	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR AZUL	Emp X 50	0.00	0.00	1.00	0.00
717200050227	PAPEL BOND 75 g TAMAÑO A4	Emp X 500	0.00	0.00	1.00	0.00
718500100010	SUJETADOR PARA PAPEL (TIPO FASTENER) DE METAL X 100	Unidad	0.00	0.00	11.00	0.00

Susiento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27);SOLICITO APROBACION DE MODIFICATORIA DE LA META 83

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
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO



Lic. Emil Anali Coello Armas

Firma: Responsable del Área Usuaria

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

Centro de Costo: 00004267 I-4 SAN IGNACIO

Fecha de Solicitud: 12/02/2025

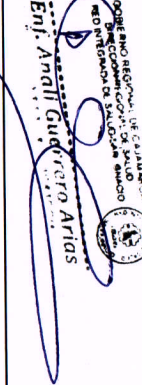
Código Item N.-	Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
710600060042	FORRO DE PLASTICO TRANSPARENTE TAMAÑO A4 X 5 m	Unidad	0.00	0.00	27.00	0.00
715000200007	SACAGRAPA DE METAL TIPO MARIPOSA	Unidad	0.00	0.00	19.00	0.00
717200050224	PAPEL BOND 80 g TAMAÑO A4	Emp X 500	0.00	0.00	35.00	0.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27):SOLICITO APROBACION DE MODIFICATORIA DE LA META 89

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:


ORGANISMO REGIONAL DE SALUD
SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE LOGÍSTICA
Lic. Enl. Angeli Guadalupe Arias



Firma: Responsable del Área Usuaria

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

San Ignacio, 12 de febrero del año 2025

OFICIO N° 134-2025-GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG/RRHH

Señor:

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

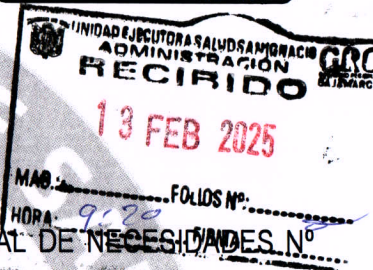
ATENCIÓN:

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

ASUNTO:

SOLICITO MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N°
00000000077.

MAD: 10657832



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° 00000000077, 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. JOSE MANUEL VILLANUEVA R.M.S.
JEFE DE UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS



ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000077

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

Centro de Costo: 1654.0301 OFICINA DE RECURSOS HUMANO
Fecha de Solicitud: 13/02/2025

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/

767400062340 TÓNER DE IMPRESIÓN PARA KONICA MINOLTA COD. REF. TN 323 NEGRO

Unidad 0.00 0.00 2.00 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 CAJAMARCA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
UNIDAD INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO
ABG. JOSE MANUEL VILLANUEVA RIOS
JEFE DE UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

Firma: Responsable del Área Usuaria

MAD: **10659407**

San Ignacio, 13 de febrero 2025.

OFICIO N° 80-2025-GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG/ADM.

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

RED DE SALUD SAN IGNACIO
LOGISTICA
RECIBIDO
13 FEB 2025
REG: _____ FOLIOS N°: _____
HORA: 4:42 FIRMA: _____

ASUNTO: SOLICITO MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000094.

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°0000000094. 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 EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
Lic. Adm. Roger Efrén Huamán Ramírez
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000094

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

Centro de Costo: 1654.0201 OFICINA DE ADMINISTRACION

Fecha de Solicitud: 13/02/2025

Código Item N.-	Descripción del Item	ITEM	CANTIDAD Y/O VALORES					
			Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN		
				Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	
840500010012	SERVICIO DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	1,400.00	

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

De ser el caso, indicar ellos 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 SALUD SAN IGNACIO
Luz Adán, Roger Efraim Huamán Ramírez
DIRECTOR DE ADMINISTRACION

Firma: Responsable del Área Usuaria

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

MAD N°: 10659693

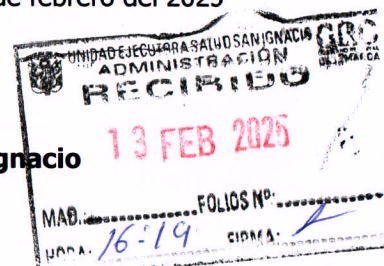
San Ignacio, 13 de febrero del 2025

OFI N°60-2025-GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG/SISMED

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

Ate
cción: 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 en los ítems de los programas presupuestales, 0017, 0018, 131-meta(s) 44, 45, 47, 51, 77, 78

Adjunto: Anexo N° 05 - Solicitud de modificación del CMN N°0095

Adjunto: Anexo N° 05 - Solicitud de modificación del CMN N°0096

REG: FOLIOS N.:
HORA: 5:00pm FIRMA: A

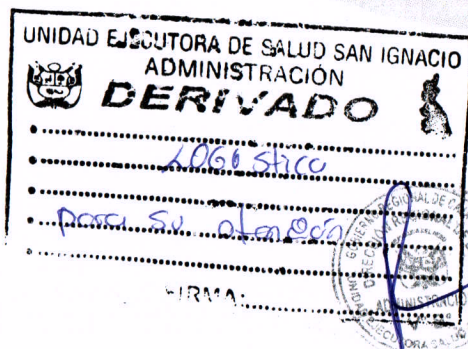
La incorporación de dichos ítems es de carácter urgente, teniendo en cuenta las necesidades de las adquisiciones para la distribución de los 87 establecimientos de salud dentro del ámbito de la provincia de San Ignacio, en cumplimiento a la normativa SISMED Vigente.

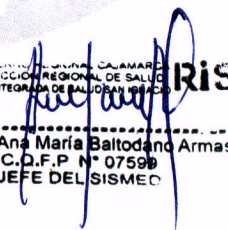
Se hace referencia a la directiva N° 05-2021-EF/54.01 en el artículo 27 modificaciones al CMN en el punto 27.4, en caso la modificación requiera ser aprobada en un plazo distinto al indicado al numeral anterior, el área usuaria sustenta ello ante el área involucrada en la gestión del CAP, quien gestiona su aprobación, como máximo al día siguiente hábil de su presentación ante el titular de la entidad u organización de la entidad, o por el funcionario a quien se haya delegado dicha facultad.

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

Atentamente;

Cc.
☐ : Archivo
AMBA/yggo




Mg. Q.F. Ana María Baltodano Armas
C.D.F.P. N° 07599
JEFE DEL SISMED

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000095

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

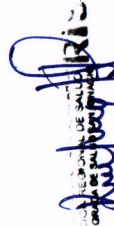
Centro de Costo: 1654.14 UNIDAD DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS
Fecha de Solicitud: 13/02/2025

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/
112261880001	REFRIGERADORA CONSERVADORA DE MEDICAMENTOS	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00
172100070024	DIESEL B5	Galon	0.00	0.00	1,666.00	0.00
462200500001	ACUMULADOR DE ENERGIA - EQUIPO DE UPS	Unidad	0.00	0.00	15.00	0.00
746441520059	ESTANTE DE MELAMINA	Unidad	0.00	0.00	47.00	0.00
746441860001	ESTANTE DE METAL	Unidad	0.00	0.00	6.00	0.00

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:


RED INTEGRADA DE SALUD DE SAN IGNACIO
Mg. G.F. Ana María Balleza
C.O.F.E.P. N° 07598
Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000096

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: 13/02/2025

Código ítem N.º	Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
602292150002	TERMOHIGROMETRO DIGITAL PORTATIL	Unidad	0.00	0.00	17.00	0.00

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:


DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
GOBIERNO AUTÓNOMO DE QUITO
Mg. Q.F. Ana María Baitodano Armas
C.O.F.P. N° 07596
JEFE DEL SISMEP

Firma: Responsable del Área Usuaria

MAD N°: 10659239

San Ignacio, 13 de febrero del 2025

OFICIO N°87 -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 Anexos N° 05- Solicitud de modificación del CMN.

Mediante el presente me dirijo a usted para saludarle muy cordialmente y al mismo tiempo, hacerle llegar los Anexos N° 05: Solicitud de modificación del Cuadro Multianual de necesidades, con el fin de solicitar incorporación de ítems, y poder realizar los pedidos de bienes y servicios.

Adjunto:

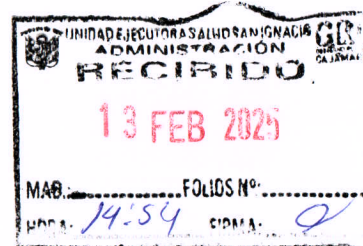
- Anexo N° 05 - Solicitud de modificación del CMN N°0085**
- Anexo N° 05 - Solicitud de modificación del CMN N°0086**
- Anexo N° 05 - Solicitud de modificación del CMN N°0087**
- Anexo N° 05 - Solicitud de modificación del CMN N°0088**
- Anexo N° 05 - Solicitud de modificación del CMN N°0089**
- Anexo N° 05 - Solicitud de modificación del CMN N°0090**
- Anexo N° 05 - Solicitud de modificación del CMN N°0091**
- Anexo N° 05 - Solicitud de modificación del CMN N°0092**
- Anexo N° 05 - Solicitud de modificación del CMN N°0093**

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. Sheyla 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° 00000000085

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

Centro de Costo: 1654.13 UNIDAD DE SEGUROS
Fecha de Solicitud: 13/02/2025

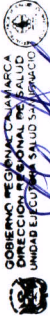
Código Item N.-	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/

607500070125	MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE AMBULANCIA	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).SE SOLICITA LA INCORPORACIÓN 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 CALLAO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO

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

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000086

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

Centro de Costo: 1654.13 UNIDAD DE SEGUROS
Fecha de Solicitud: 13/02/2025

Código Item N.º	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
710600010070	ARCHIVADOR DE CARTON CON PALANCA LOMO ANCHO TAMAÑO A4	Unidad	0.00	0.00	550.00	0.00
710600040050	FOLDER MANILA TAMAÑO A4	Emp X 50	0.00	0.00	20.00	0.00
710600100251	SOBRE MANILA TAMAÑO OFICIO	Emp X 25	0.00	0.00	200.00	0.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): SE SOLICITA LA INCORPORACIÓN 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 CUSCO
DIRECCIÓN GENERAL DE LOGÍSTICA
UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO

Obst. *Shayla J. Gómez Tuesta*
JEFE DE UNIDAD DE SEGUROS

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000087

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

Centro de Costo: 1654.13 UNIDAD DE SEGUROS

Fecha de Solicitud: 13/02/2025

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/

462200500001	ACUMULADOR DE ENERGIA - EQUIPO DE UPS	Unidad	0.00	0.00	11.00	0.00
--------------	---------------------------------------	--------	------	------	-------	------

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): SE SOLICITA LA INCORPORACIÓN 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 SAN MARCOS
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO

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

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000088

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

Centro de Costo: 1654.13 UNIDAD DE SEGUROS

Fecha de Solicitud: 13/02/2025

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/

901500020005	TRASLADO DE RESIDUOS SOLIDOS	Servicio	0.00	0.00	0.00	50,000.00
--------------	------------------------------	----------	------	------	------	-----------

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): SE SOLICITA LA INCORPORACIÓN 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 SAN MARCOS
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO

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

Firma: Responsable del Área Usuaria

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

Centro de Costo: 1654.13 UNIDAD DE SEGUROS
Fecha de Solicitud: 13/02/2025

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/
717200050227	PAPEL BOND 75 g TAMAÑO A4	Emp X 500	0.00	0.00	790.00	0.00
767400052383	TINTA DE IMPRESIÓN PARA EPSON COD. REF. T544120AL NEGRO	Unidad	0.00	0.00	250.00	0.00
767400061403	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA KONICA MINOLTA COD. REF. TN 118 NEGRO	Unidad	0.00	0.00	10.00	0.00
767400062575	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA HP COD. REF. 30A CF230A NEGRO	Unidad	0.00	0.00	10.00	0.00
767400063580	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA SINDOH COD. REF. N610T30K NEGRO	Unidad	0.00	0.00	2.00	0.00
767400063779	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA HP COD. REF. 145A W1450A NEGRO	Unidad	0.00	0.00	20.00	0.00

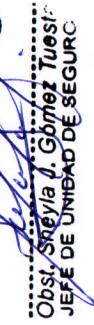
Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): SE SOLICITA LA INCORPORACIÓN DE ITEM

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 TUMBUCAY
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO


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

Firma: Responsable del Área Usuaría

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000090

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

Centro de Costo: 1654.13 UNIDAD DE SEGUROS
Fecha de Solicitud: 13/02/2025

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/

718500100014	SUJETADOR PARA PAPEL (TIPO FASTENER) DE METAL X 50	Unidad	0.00	0.00	20.00	0.00
--------------	--	--------	------	------	-------	------

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27).SE SOLICITA LA INCORPORACIÓN 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:



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

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000091

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

Centro de Costo: 1654.13 UNIDAD DE SEGUROS
Fecha de Solicitud: 13/02/2025

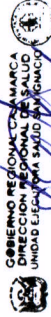
Código Item N.-	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/

607500070125	MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE AMBULANCIA	Servicio	0.00	0.00	0.00	1.00
850500050002	SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRANSITO - SOAT (PRIMA DE SEGURO)	Servicio	0.00	0.00	0.00	2,800.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27):SE SOLICITA LA INCORPORACIÓN 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:



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

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000092

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

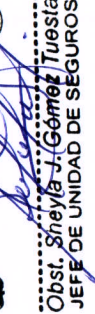
Centro de Costo: 1654.13 UNIDAD DE SEGUROS
Fecha de Solicitud: 13/02/2025

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/
716000010195	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA	Unidad	0.00	0.00	50.00	0.00
716000010208	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR AZUL	Unidad	0.00	0.00	4,700.00	0.00
716000040112	LAPIZ NEGRO GRADO 2B CON BORRADOR	Unidad	0.00	0.00	1,128.00	0.00
717200050227	PAPEL BOND 75 g TAMAÑO A4	Emp X 500	0.00	0.00	60.00	0.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): SE SOLICITA LA INCORPORACIÓN 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 CALAHUENGA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO

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

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000093

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

Centro de Costo: 1654.13 UNIDAD DE SEGUROS
Fecha de Solicitud: 13/02/2025

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/
746437450011	ESCRITORIO DE MELAMINA	Unidad	0.00	0.00	12.00	0.00
746481870001	SILLA FIJA DE METAL	Unidad	0.00	0.00	12.00	0.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): SE SOLICITA LA INCORPORACIÓN 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:



Obs. Shireya J. Gómez Tuesta
JEFE DE UNIDAD DE SEGUROS

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000014

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/
00004267 - I-4 San Ignacio								
14/02/2025	0000000106	040100010001	SERVICIO DE ALIMENTACION DE PERSONAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	1.00
14/02/2025	0000000111	580500080005	CARBAMAZEPINA 100 mg/5 mL SUS 100 mL	Unidad	0.00	0.00	150.00	0.00
14/02/2025	0000000111	581900040009	METRONIDAZOL 500 mg INY 100 mL	Unidad	0.00	0.00	80.00	0.00
14/02/2025	0000000111	583100300001	NIFEDIPINO 10 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	5,000.00	0.00
14/02/2025	0000000111	583800710003	OMEPRAZOL (COMO SAL SODICA) 40 mg INY	Unidad	0.00	0.00	1,000.00	0.00
14/02/2025	0000000111	585100040008	SOLUCION POLEIELECTROLITICA INY 1 L	Unidad	0.00	0.00	576.00	0.00
14/02/2025	0000000112	716000010210	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR AZUL	Emp X 50	0.00	0.00	4.00	0.00
14/02/2025	0000000112	716000060421	PLUMON PARA PIZARRA ACRILICA PUNTA GRUESA COLOR AZUL	Unidad	0.00	0.00	4.00	0.00
14/02/2025	0000000113	580800240007	CEFTRIAXONA (COMO SAL SODICA) CON DILUYENTE 1 g INY	Unidad	0.00	0.00	10,000.00	0.00
14/02/2025	0000000114	585100100002	SODIO CLORURO 900 mg/100 mL (0.9 %) INY 100 mL	Unidad	0.00	0.00	522.00	0.00
14/02/2025	0000000115	716000090045	TAMPON PARA HUELLA DACTILAR	Unidad	1.00	0.00	0.00	0.00
14/02/2025	0000000116	717200050230	PAPEL BOND DE 75 g TAMAÑO A4 DE COLOR	Emp X 500	1.00	0.00	0.00	0.00
14/02/2025	0000000119	717200050224	PAPEL BOND 80 g TAMAÑO A4	Emp X 500	46.00	0.00	0.00	0.00
14/02/2025	0000000122	133000160080	DETERGENTE GRANULADO X 15 kg	Unidad	9.00	0.00	0.00	0.00
14/02/2025	0000000122	139200100077	JABON DE TOCADOR LIQUIDO X 1 L	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00
14/02/2025	0000000122	139200120053	PAPEL HIGIENICO (ROLLO PERSONAL) DOBLE HOJA BLANCO X 24	Unidad	8.00	0.00	0.00	0.00
14/02/2025	0000000122	501100041546	BOLSA DE POLIETILENO 3 µm X 50 cm X 70 cm APROX. COLOR NEGRO	Unidad	2.00	0.00	0.00	0.00
14/02/2025	0000000125	135000050041	ESCOBA DE NAILON CON MANGO PLASTIFICADO DE 30 cm	Unidad	52.00	0.00	0.00	0.00
14/02/2025	0000000125	501100041546	BOLSA DE POLIETILENO 3 µm X 50 cm X 70 cm APROX. COLOR NEGRO	Unidad	11.00	0.00	0.00	0.00
14/02/2025	0000000125	899600080091	CAMISETA DE ALGODÓN PIQUÉ MANGA LARGA	Unidad	0.00	0.00	34.00	0.00
00004274 - I-3 Chirinos								
14/02/2025	0000000104	040100010001	SERVICIO DE ALIMENTACION DE PERSONAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	1.00
00004279 - I-3 Huarango								
14/02/2025	0000000101	040100010001	SERVICIO DE ALIMENTACION DE PERSONAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	1.08
00004288 - I-3 La Coipa								
14/02/2025	0000000105	040100010001	SERVICIO DE ALIMENTACION DE PERSONAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	1.00
00004296 - I-3 Namballe								
14/02/2025	0000000100	040100010001	SERVICIO DE ALIMENTACION DE PERSONAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	1.00
00004300 - I-3 San José De Lourdes								
14/02/2025	0000000102	040100010001	SERVICIO DE ALIMENTACION DE PERSONAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	1.00
00004311 - I-3 Tamborapa Pueblo								
14/02/2025	0000000103	040100010001	SERVICIO DE ALIMENTACION DE PERSONAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	1.00

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000014

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/
00029151 - I-3 Centro De Salud Mental Comunitario Flor De Loto								
14/02/2025	0000000109	580500120002	VALPROATO SODICO 250 mg/5 mL JBE 120 mL	Unidad	0.00	0.00	150.00	0.00
14/02/2025	0000000109	582700090001	BIPERIDENO LACTATO 5 mg/mL INY 1 mL	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
14/02/2025	0000000109	584800620003	HALOPERIDOL (COMO DECANOATO) 50 mg/mL INY 1 mL	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
14/02/2025	0000000109	584900200002	ZOLPIDEM TARTRATO 10 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
654.09 - Oficina De Epidemiologia								
14/02/2025	0000000107	091100070096	AGUA DE MESA CON GAS X 625 mL	Unidad	0.00	0.00	24.00	0.00
14/02/2025	0000000107	091100070097	AGUA DE MESA SIN GAS X 625 mL	Unidad	0.00	0.00	18.00	0.00
14/02/2025	0000000107	091100100003	BEBIDA HIDRATANTE X 500 mL	Unidad	6.00	0.00	0.00	0.00
14/02/2025	0000000107	096800010332	GALLETA DE SODA X 34 g APROX.	Unidad	0.00	0.00	51.00	0.00
654.100205 - Programa Enfermedades Metaxenicas Y Zoonosis								
4/02/2025	0000000098	091100020084	AGUA MINERAL SIN GAS X 625 mL APROX.	Unidad	445.00	0.00	0.00	0.00
4/02/2025	0000000098	091100100003	BEBIDA HIDRATANTE X 500 mL	Unidad	0.00	0.00	60.00	0.00
4/02/2025	0000000098	091400060005	ATUN EN FILETE EN ACEITE VEGETAL X 170 g	Unidad	0.00	0.00	30.00	0.00
4/02/2025	0000000098	096800010332	GALLETA DE SODA X 34 g APROX.	Unidad	0.00	0.00	52.00	0.00
554.100209 - Programa Control Y Prevencion En Salud Mental								
4/02/2025	0000000099	767400061035	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA HP COD. REF. 85A CE285A NEGRO	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00
4/02/2025	0000000120	767400051035	TINTA DE IMPRESION PARA HP COD. REF. Q7812A NEGRO	Unidad	0.00	0.00	2.00	0.00
4/02/2025	0000000126	172100070024	DIESEL B5	Galon	0.00	0.00	71.00	0.00
554.1003 - Coordinacion De Servicios De Salud								
4/02/2025	0000000110	071000010412	FILTRO DE ACEITE COD. REF. 90915VZZB3	Unidad	0.00	0.00	11.00	0.00
4/02/2025	0000000110	071000020816	FILTRO DE AIRE COD. REF. 250129620	Unidad	0.00	0.00	8.00	0.00
4/02/2025	0000000110	071000030356	FILTRO DE PETRÓLEO COD. REF. 233900L041	Unidad	0.00	0.00	10.00	0.00
4/02/2025	0000000110	9408000920063	JUEGO DE ZAPATAS DE FRENO PARA MITSUBISHI COD. REF. 4600A028	Unidad	0.00	0.00	6.00	0.00
4/02/2025	0000000110	9408000920180	JUEGO DE ZAPATAS DE FRENO PARA TOYOTA COD. REF. 0449552121	Unidad	0.00	0.00	5.00	0.00
4/02/2025	0000000110	9408000930029	JUEGO DE PASTILLAS DE FRENO PARA MITSUBISHI COD. REF. 4600A122	Unidad	0.00	0.00	8.00	0.00
4/02/2025	0000000110	9408000930148	JUEGO DE PASTILLAS DE FRENO PARA VOLKSWAGEN COD. REF. 5U0698151A	Unidad	0.00	0.00	8.00	0.00
4/02/2025	0000000110	9408000930201	JUEGO DE PASTILLAS DE FRENO PARA TOYOTA COD. REF. 0449187701	Unidad	0.00	0.00	5.00	0.00
54.12 - Coordinacion Salud Ambiental								
4/02/2025	0000000123	133000120047	DESINFECTANTE LIMPIADOR AROMATICO X 4 L	Unidad	0.00	0.00	62.00	0.00
4/02/2025	0000000123	718500080026	GRAPA 26/6 X 5000	Unidad	1.00	0.00	0.00	0.00
4/02/2025	0000000124	602206160001	BALANZA (OTRAS)	Unidad	0.00	0.00	17.00	0.00

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000014

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								
14/02/2025	0000000121	071100400014	SERVICIO DE MEDICO ESPECIALISTA EN GINECO OBSTETRA	Servicio	0.00	0.00	0.00	40,000.00
14/02/2025	0000000121	133000240065	LEJIA (HIPOCLORITO DE SODIO) AL 5%	Litro	0.00	0.00	5,632.00	0.00
14/02/2025	0000000121	500100050561	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL	Servicio	0.00	0.00	0.00	1,199.00
1654.14 - Unidad De Medicamentos, Insumos Y Drogas								
14/02/2025	0000000117	580100210063	LIDOCAINA CLORHIDRATO + EPINEFRINA 20 mg + 12.5 µg/mL INY 1.8 mL	Unidad	0.00	0.00	12,000.00	0.00
14/02/2025	0000000117	580200500002	ACIDO ACETILSALICILICO 500 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	10,000.00	0.00
14/02/2025	0000000117	580600040004	ALBENDAZOL 100 mg/5 mL SUS 20 mL	Unidad	0.00	0.00	14,000.00	0.00
14/02/2025	0000000117	580600050002	MEBENDAZOL 100 mg/5 mL SUS 30 mL	Unidad	0.00	0.00	900.00	0.00
14/02/2025	0000000117	580700140005	OXACILINA 1 g INY CON DILUYENTE	Unidad	0.00	0.00	600.00	0.00
14/02/2025	0000000117	580700150006	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO (COMO SAL POTASICA) 250 mg + 62.5 mg/5 mL SUS 60 mL	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00
14/02/2025	0000000117	580800240007	CEFTRIAXONA (COMO SAL SODICA) CON DILUYENTE 1 g INY	Unidad	0.00	0.00	10,000.00	0.00
14/02/2025	0000000117	581800040001	ITRACONAZOL 100 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	800.00	0.00
14/02/2025	0000000117	582800230008	FERROSO SULFATO 300 mg (equiv. 60 mg Fe) TAB	Unidad	0.00	0.00	50,000.00	0.00
14/02/2025	0000000117	582900060004	GELATINA SUCCINILADA 4 g/100 mL INY 500 mL	Unidad	0.00	0.00	48.00	0.00
14/02/2025	0000000117	583100200001	LOSARTAN POTASICO 50 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	120,000.00	0.00
14/02/2025	0000000117	583300930010	SULFADIAZINA DE PLATA 1 g/100 g (1 %) CRM 50 g	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
14/02/2025	0000000117	583301020002	CLOTRIMAZOL 1 g/100 g (1 %) CRM 20 g	Unidad	0.00	0.00	3,000.00	0.00
14/02/2025	0000000117	583600220011	CLORHEXIDINA GLUCONATO 4 g/100 mL (4 %) SOL 1 L	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
14/02/2025	0000000117	583800400001	MISOPROSTOL 200 µg TAB	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
14/02/2025	0000000117	583800710002	OMEPRAZOL 20 mg CAP LM	Unidad	0.00	0.00	200,000.00	0.00
14/02/2025	0000000117	584400170023	HIPROMELOSA 3 mg/mL SOL OFT 15 mL	Unidad	0.00	0.00	1,200.00	0.00
14/02/2025	0000000117	584400670004	CIPROFLOXACINO (COMO CLORHIDRATO) 3 mg/mL (0.3 %) SOL OFT 5 mL	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
14/02/2025	0000000117	586300010002	ORFENADRINA CITRATO 30 mg/mL INY 2 mL	Unidad	0.00	0.00	6,500.00	0.00
14/02/2025	0000000117	586300010008	ORFENADRINA CITRATO 100 mg TAB LM	Unidad	0.00	0.00	14,000.00	0.00

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000014

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/
1654.14 - Unidad De Medicamentos, Insumos Y Drogas								
14/02/2025	0000000117	587100010007	HIDROCORTISONA (COMO SUCCINATO SÓDICO) 100 mg INY	Unidad	0.00	0.00	400.00	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 EMERGENCIAS
Dr. Lic. Rossitain Dalmínquez Flores
JEFE DE LOGÍSTICA


GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED INTEGRADA DE EMERGENCIAS
Lto. Adm. Roger Egoen 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

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000014

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								
14/02/2025	0000000106	040100010001	SERVICIO DE ALIMENTACION DE PERSONAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	1.00
14/02/2025	0000000111	580500080005	CARBAMAZEPINA 100 mg/5 mL SUS 100 mL	Unidad	0.00	0.00	150.00	0.00
14/02/2025	0000000111	581900040009	METRONIDAZOL 500 mg INY 100 mL	Unidad	0.00	0.00	80.00	0.00
14/02/2025	0000000111	583100300001	NIFEDIPINO 10 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	5,000.00	0.00
14/02/2025	0000000111	583800710003	OMEPRAZOL (COMO SAL SODICA) 40 mg INY	Unidad	0.00	0.00	1,000.00	0.00
14/02/2025	0000000111	585100040008	SOLUCION POLELECTROLITICA INY 1 L	Unidad	0.00	0.00	576.00	0.00
14/02/2025	0000000112	716000010210	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR AZUL	Emp X 50	0.00	0.00	4.00	0.00
14/02/2025	0000000112	716000060421	PLUMON PARA PIZARRA ACRILICA PUNTA GRUESA COLOR AZUL	Unidad	0.00	0.00	4.00	0.00
14/02/2025	0000000113	580800240007	CEFTRIAXONA (COMO SAL SODICA) CON DILUYENTE 1 g INY	Unidad	0.00	0.00	10,000.00	0.00
14/02/2025	0000000114	585100100002	SODIO CLORURO 900 mg/100 mL (0.9 %) INY 100 mL	Unidad	0.00	0.00	522.00	0.00
14/02/2025	0000000115	716000090045	TAMPON PARA HUELLA DACTILAR	Unidad	1.00	0.00	0.00	0.00
14/02/2025	0000000116	717200050230	PAPEL BOND DE 75 g TAMAÑO A4 DE COLOR	Emp X 500	1.00	0.00	0.00	0.00
14/02/2025	0000000119	717200050224	PAPEL BOND 80 g TAMAÑO A4	Emp X 500	46.00	0.00	0.00	0.00
14/02/2025	0000000122	133000160080	DETERGENTE GRANULADO X 15 kg	Unidad	9.00	0.00	0.00	0.00
14/02/2025	0000000122	139200100077	JABON DE TOCADOR LIQUIDO X 1 L	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00
14/02/2025	0000000122	139200120053	PAPEL HIGIENICO (ROLLO PERSONAL) DOBLE HOJA BLANCO X 24	Unidad	8.00	0.00	0.00	0.00
14/02/2025	0000000122	5011000041546	BOLSA DE POLIETILENO 3 µm X 50 cm X 70 cm APROX. COLOR NEGRO	Unidad	2.00	0.00	0.00	0.00
14/02/2025	0000000125	135000050041	ESCOBA DE NAILON CON MANGO PLASTIFICADO DE 30 cm	Unidad	52.00	0.00	0.00	0.00
14/02/2025	0000000125	5011000041546	BOLSA DE POLIETILENO 3 µm X 50 cm X 70 cm APROX. COLOR NEGRO	Unidad	11.00	0.00	0.00	0.00
14/02/2025	0000000125	899600080091	CAMISETA DE ALGODÓN PIQUÉ MANGA LARGA	Unidad	0.00	0.00	34.00	0.00
00004274 - I-3 Chirinos								
14/02/2025	0000000104	040100010001	SERVICIO DE ALIMENTACION DE PERSONAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	1.00
00004279 - I-3 Huarango								
14/02/2025	0000000101	040100010001	SERVICIO DE ALIMENTACION DE PERSONAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	1.08
00004288 - I-3 La Coipa								
14/02/2025	0000000105	040100010001	SERVICIO DE ALIMENTACION DE PERSONAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	1.00
00004296 - I-3 Namballe								
14/02/2025	0000000100	040100010001	SERVICIO DE ALIMENTACION DE PERSONAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	1.00
00004300 - I-3 San José De Lourdes								
14/02/2025	0000000102	040100010001	SERVICIO DE ALIMENTACION DE PERSONAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	1.00
00004311 - I-3 Tamborapa Pueblo								
14/02/2025	0000000103	040100010001	SERVICIO DE ALIMENTACION DE PERSONAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	1.00

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000014

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/
00029151 - I-3 Centro De Salud Mental Comunitario Flor De Loto								
14/02/2025	0000000109	580500120002	VALPROATO SODICO 250 mg/5 mL JBE 120 mL	Unidad	0.00	0.00	150.00	0.00
14/02/2025	0000000109	582700090001	BIPERIDENO LACTATO 5 mg/mL INY 1 mL	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
14/02/2025	0000000109	584800620003	HALOPERIDOL (COMO DECANOATO) 50 mg/mL INY 1 mL	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
14/02/2025	0000000109	584900200002	ZOLPIDEM TARTRATO 10 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
1654.09 - Oficina De Epidemiología								
14/02/2025	0000000107	091100070096	AGUA DE MESA CON GAS X 625 mL	Unidad	0.00	0.00	24.00	0.00
14/02/2025	0000000107	091100070097	AGUA DE MESA SIN GAS X 625 mL	Unidad	0.00	0.00	18.00	0.00
14/02/2025	0000000107	091100100003	BEBIDA HIDRATANTE X 500 mL	Unidad	6.00	0.00	0.00	0.00
14/02/2025	0000000107	096800010332	GALLETA DE SODA X 34 g APROX.	Unidad	0.00	0.00	51.00	0.00
1654.100205 - Programa Enfermedades Metaxenicas Y Zoonosis								
14/02/2025	0000000098	091100020084	AGUA MINERAL SIN GAS X 625 mL APROX.	Unidad	445.00	0.00	0.00	0.00
14/02/2025	0000000098	091100100003	BEBIDA HIDRATANTE X 500 mL	Unidad	0.00	0.00	60.00	0.00
14/02/2025	0000000098	091400060005	ATUN EN FILETE EN ACEITE VEGETAL X 170 g	Unidad	0.00	0.00	30.00	0.00
14/02/2025	0000000098	096800010332	GALLETA DE SODA X 34 g APROX.	Unidad	0.00	0.00	52.00	0.00
1654.100209 - Programa Control Y Prevencion En Salud Mental								
14/02/2025	0000000099	767400061035	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA HP COD. REF. 85A CE285A NEGRO	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00
14/02/2025	0000000120	767400051035	TINTA DE IMPRESION PARA HP COD. REF. Q7812A NEGRO	Unidad	0.00	0.00	2.00	0.00
14/02/2025	0000000126	172100070024	DIESEL B5	Galon	0.00	0.00	71.00	0.00
1654.1003 - Coordinacion De Servicios De Salud								
14/02/2025	0000000110	071000010412	FILTRO DE ACEITE COD. REF. 90915YZZB3	Unidad	0.00	0.00	11.00	0.00
14/02/2025	0000000110	071000020816	FILTRO DE AIRE COD. REF. 250129620	Unidad	0.00	0.00	8.00	0.00
14/02/2025	0000000110	071000030356	FILTRO DE PETRÓLEO COD. REF. 233900L041	Unidad	0.00	0.00	10.00	0.00
14/02/2025	0000000110	940800920063	JUEGO DE ZAPATAS DE FRENO PARA MITSUBISHI COD. REF. 4600A028	Unidad	0.00	0.00	6.00	0.00
14/02/2025	0000000110	940800920180	JUEGO DE ZAPATAS DE FRENO PARA TOYOTA COD. REF. 0449552121	Unidad	0.00	0.00	5.00	0.00
14/02/2025	0000000110	940800930029	JUEGO DE PASTILLAS DE FRENO PARA MITSUBISHI COD. REF. 4600A122	Unidad	0.00	0.00	8.00	0.00
14/02/2025	0000000110	940800930148	JUEGO DE PASTILLAS DE FRENO PARA VOLKSWAGEN COD. REF. 5U0698151A	Unidad	0.00	0.00	8.00	0.00
14/02/2025	0000000110	940800930201	JUEGO DE PASTILLAS DE FRENO PARA TOYOTA COD. REF. 0449187701	Unidad	0.00	0.00	5.00	0.00
1654.12 - Coordinacion Salud Ambiental								
14/02/2025	0000000123	133000120047	DESINFECTANTE LIMPIADOR AROMATICO X 4 L	Unidad	0.00	0.00	62.00	0.00
14/02/2025	0000000123	718500080026	GRAPA 26/6 X 5000	Unidad	1.00	0.00	0.00	0.00
14/02/2025	0000000124	602206160001	BALANZA (OTRAS)	Unidad	0.00	0.00	17.00	0.00

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000014

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								
14/02/2025	0000000121	071100400014	SERVICIO DE MEDICO ESPECIALISTA EN GINECO OBSTETRA	Servicio	0.00	0.00	0.00	40,000.00
14/02/2025	0000000121	133000240065	LEJIA (HIPOCLORITO DE SODIO) AL 5%	Litro	0.00	0.00	5,632.00	0.00
14/02/2025	0000000121	500100050561	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL	Servicio	0.00	0.00	0.00	1,199.00
1654.14 - Unidad De Medicamentos, Insumos Y Drogas								
14/02/2025	0000000117	580100210063	LIDOCAINA CLORHIDRATO + EPINEFRINA 20 mg + 12.5 µg/mL INY 1.8 mL	Unidad	0.00	0.00	12,000.00	0.00
14/02/2025	0000000117	580200500002	ACIDO ACETILSALICILICO 500 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	10,000.00	0.00
14/02/2025	0000000117	580600040004	ALBENDAZOL 100 mg/5 mL SUS 20 mL	Unidad	0.00	0.00	14,000.00	0.00
14/02/2025	0000000117	580600050002	MEBENDAZOL 100 mg/5 mL SUS 30 mL	Unidad	0.00	0.00	900.00	0.00
14/02/2025	0000000117	580700140005	OXACILINA 1 g INY CON DILUYENTE	Unidad	0.00	0.00	600.00	0.00
14/02/2025	0000000117	580700150006	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO (COMO SAL POTASICA) 250 mg + 62.5 mg/5 mL SUS 60 mL	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00
14/02/2025	0000000117	580800240007	CEFTRIAXONA (COMO SAL SODICA) CON DILUYENTE 1 g INY	Unidad	0.00	0.00	10,000.00	0.00
14/02/2025	0000000117	581800040001	ITRACONAZOL 100 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	800.00	0.00
14/02/2025	0000000117	582800230008	FERROSO SULFATO 300 mg (equiv. 60 mg Fe) TAB	Unidad	0.00	0.00	50,000.00	0.00
14/02/2025	0000000117	582900060004	GELATINA SUCCINILADA 4 g/100 mL INY 500 mL	Unidad	0.00	0.00	48.00	0.00
14/02/2025	0000000117	583100200001	LOSARTAN POTASICO 50 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	120,000.00	0.00
14/02/2025	0000000117	583300930010	SULFADIAZINA DE PLATA 1 g/100 g (1 %) CRM 50 g	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
14/02/2025	0000000117	583301020002	CLOTRIMAZOL 1 g/100 g (1 %) CRM 20 g	Unidad	0.00	0.00	3,000.00	0.00
14/02/2025	0000000117	583600220011	CLORHEXIDINA GLUCONATO 4 g/100 mL (4 %) SOL 1 L	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
14/02/2025	0000000117	583800400001	MISOPROSTOL 200 µg TAB	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
14/02/2025	0000000117	583800710002	OMEPRAZOL 20 mg CAP LM	Unidad	0.00	0.00	200,000.00	0.00
14/02/2025	0000000117	584400170023	HIPROMELOSA 3 mg/mL SOL OFT 15 mL	Unidad	0.00	0.00	1,200.00	0.00
14/02/2025	0000000117	584400670004	CIPROFLOXACINO (COMO CLORHIDRATO) 3 mg/mL (0.3 %) SOL OFT 5 mL	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
14/02/2025	0000000117	586300010002	ORFENADRINA CITRATO 30 mg/mL INY 2 mL	Unidad	0.00	0.00	6,500.00	0.00
14/02/2025	0000000117	586300010008	ORFENADRINA CITRATO 100 mg TAB LM	Unidad	0.00	0.00	14,000.00	0.00

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000014

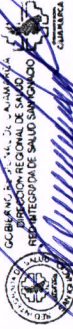
UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

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/
1654.14 - Unidad De Medicamentos, Insumos Y Drogas								
14/02/2025	0000000117	587100010007	HIDROCORTISONA (COMO SUCCINATO SÓDICO) 100 mg INY	Unidad	0.00	0.00	400.00	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:



Dra. Lic. Rosstrin Domínguez Flores
JEFE DE LOGÍSTICA



Lic. Alm. Roger Eirán Huadán 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: 10660395

San Ignacio, 14 de febrero de 2025

OFI N° 47-2025-GR.CAJ/DSRSJ/RS.SI/DG-CIS-AIS/SM

SEÑOR:

LIC. ADM. ROGER EFREN HUAMAN RAMIREZ

ADMINISTRADOR DE LA UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO

ATENCIÓN : JEFE DE LOGISTICA

ASUNTO : REMITO ANEXO N°5-SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CMN

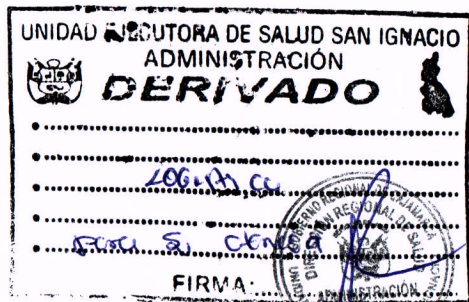
Por el presente me dirijo a usted con la finalidad de expresarle mi cordial saludo y al mismo tiempo, hacerle llegar el anexo N°5-Solicitud de Modificación del CMN N°0000000099, con la finalidad de incluir el ítem de tóner de impresión para HP COD. REF. 85A CE285A NEGRO de la meta 75 – Programa de Control y Prevención en Salud Mental.

Adjunto;

- Anexo N°5: Cuadro de Modificación del cuadro Multianual de Necesidades N°0000000099

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

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
Psic. NURY A. MEDINA PARIENTE
CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL
C.R.S.P. N° 14170



ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000000999

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

Centro de Costo: 1654.100209 PROGRAMA CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL
Fecha de Solicitud: 14/02/2025

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/

767400061035	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA HP COD. REF. 85A CE285A NEGRO	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 INCLUSIÓN DEL ÍTEM CON OFICIO DE REFERENCIA

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:

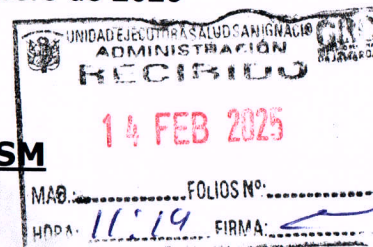


Firma: Responsable del Área Usuaria

MAD: 10660377

San Ignacio, 14 de febrero de 2025

OFI N° 46-2025-GR.CAJ/DSRSJ/RS.SI/DG-CIS-AIS/SM



SEÑOR:

LIC. ADM. ROGER EFREN HUAMAN RAMIREZ

ADMINISTRADOR DE LA UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO

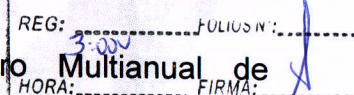
ATENCIÓN : JEFE DE LOGISTICA

ASUNTO : REMITO ANEXO N°5-SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CMN

Por el presente me dirijo a usted con la finalidad de expresarle mi cordial saludo y al mismo tiempo, hacerle llegar el anexo N°5-Solicitud de Modificación del CMN N°0000000097, con la finalidad de excluir el ítem de bolígrafo de punta seca punta fina de la meta 75 – Programa de Control y Prevención en Salud Mental.

Adjunto;

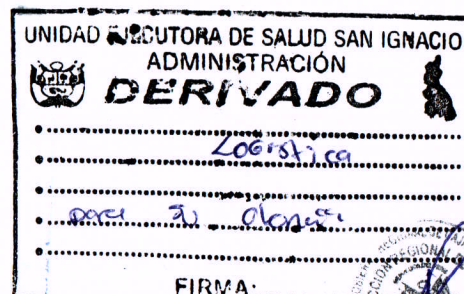
- Anexo N°5: Cuadro de Modificación del cuadro de Necesidades N°0000000097



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

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA DE SALUD SAN IGNACIO
Psic. NURY M. MEDINA PARIENTE
CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL
C.P.S. 2. N° 14170



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

Centro de Costo: 1654.100209 PROGRAMA CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL
Fecha de Solicitud: 13/02/2025

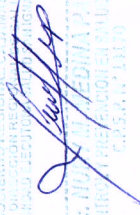
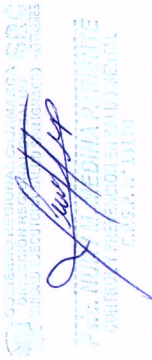
Código Item N.-	ITEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/

716000010195	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA	Unidad	326.00	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 EXCLUSIÓN DE ÍTEM CON OFICIO DE REFERENCIA

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

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

MAD: 10660608

San Ignacio, 14 de febrero de 2025

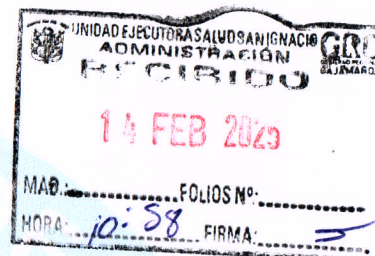
OFI N°42-2025-GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG-SP-AIS/ESNTBC

SEÑOR:

LIC. ADM. ROGER EFREN HUAMAN RAMIREZ
JEFE DE ADMINISTRACIÓN

ATENCIÓN : JEFE DE LOGISTICA

ASUNTO : REMITO ANEXO N°5-SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CMN



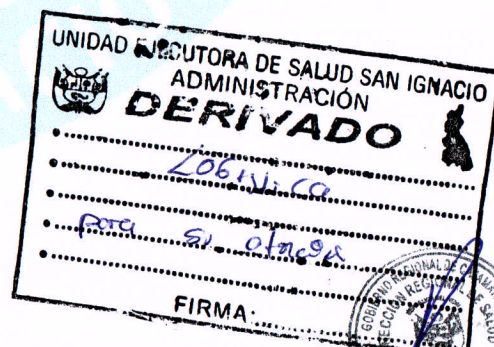
Por el presente me dirijo a usted con la finalidad de expresarle mi cordial saludo y al mismo tiempo, hacerle llegar el anexo N°5-Solicitud de Modificación del CMN, con la finalidad de modificar e incluir algunos ítems de la Estrategia Tuberculosis, según como se detalla a continuación:

META	ITEM	MODIFICACION	EXCLUSIÓN	INCLUSIÓN
0024	PLUMON PARA PIZARRA ACRILICA PUNTA GRUESA COLOR AZUL	X		
	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR AZUL			X

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

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
Mga. Tania Cruz Ariamendis
COORD. ESTRATEGIA TUBERCULOSIS
6 FEB 2025



C.C. ARCHIVO
GTHC/MAB/TECA

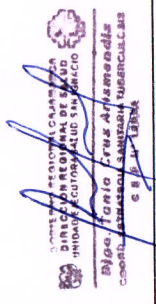
UNIDAD EJECUTORA : 407 UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001654

Centro de Costo : 00004267 I-4 SAN IGNACIO
Fecha de Solicitud: 14/02/2025

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/
716000010210	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR AZUL	Emp X 50	0.00	0.00	0.00	0.00
716000060421	PLUMON PARA PIZARRA ACRILICA PUNTA GRUESA COLOR AZUL	Unidad	0.00	0.00	4.00	0.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27):SOLICITO MODIFICACIÓN E INCLUSIÓN DE ITEM
De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:SOLICITO MODIFICACIÓN E 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:


Jorge Torio Fina
COORDINADOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
MINISTERIO DE EDUCACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

Firma: Responsable del Área Usuaria

MAD: 10660482

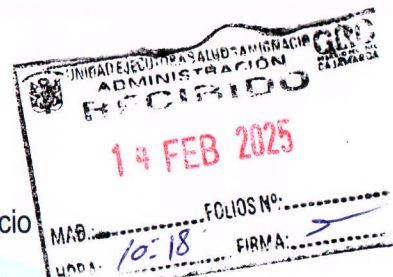
San Ignacio, 14 de febrero del 2025

OFICIO N°23- 2025-GR.CAJ/DSRSJ/RS.SI/DG-CSS-SRYCRF

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°0000000075 Y 0000000110**

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°0000000075 Y 0000000110, con la finalidad de solicitar **INCLUSIÓN** en la siguiente meta:

- ✚ **META: 103 – FUENTE DE FINANCIAMIENTO: R.O - Clasificador: 23.13.13- Lubricantes, grasas y afines y 23.16.11- De vehículos.**

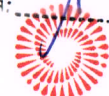
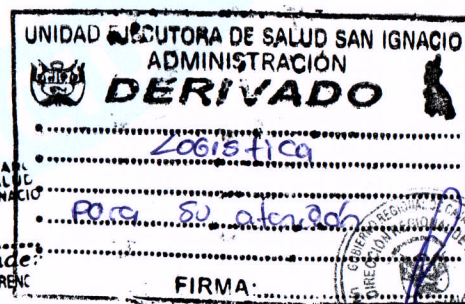
Es propicia la oportunidad, para reiterarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



JMTG/dnh
C.c: Archivo

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO
Obst. Nery Y. Rivera Fernández
COORD. SISTEMA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA



ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000075

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

Centro de Costo: 1654.1003 COORDINACION DE SERVICIOS DE SALUD
Fecha de Solicitud: 12/02/2025

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/

672289910001	SCANNER AUTOMOTRIZ	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): SOLICITUD DE INCLUSIÓN PARA ADQUIISCIÓN DE UN SCANNER AUTOMATRIZ

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 CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO
Obst. Nery Y. Rivera Fernández
ORD. SISTEMA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000110

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

Centro de Costo: 1654. 1003 COORDINACION DE SERVICIOS DE SALUD
Fecha de Solicitud: 14/02/2025

ITEM		CANTIDAD Y/O VALORES			
		EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
Código Item N -	Descripción del ítem	Unidad de Medida	Cantidad Total	Valor Total S/	Valor Total S/
071000010412	FILTRO DE ACEITE COD. REF. 90915YZZB3	Unidad	0.00	0.00	11.00
071000020816	FILTRO DE AIRE COD. REF. 250129620	Unidad	0.00	0.00	8.00
071000030356	FILTRO DE PETRÓLEO COD. REF. 233900L041	Unidad	0.00	0.00	10.00
9408000920063	JUEGO DE ZAPATAS DE FRENO PARA MITSUBISHI COD. REF. 4600A028	Unidad	0.00	0.00	6.00
9408000920180	JUEGO DE ZAPATAS DE FRENO PARA TOYOTA COD. REF. 0449552121	Unidad	0.00	0.00	5.00
9408000930029	JUEGO DE PASTILLAS DE FRENO PARA MITSUBISHI COD. REF. 4600A122	Unidad	0.00	0.00	8.00
9408000930148	JUEGO DE PASTILLAS DE FRENO PARA VOLKSWAGEN COD. REF. 5U0698151A	Unidad	0.00	0.00	8.00
9408000930201	JUEGO DE PASTILLAS DE FRENO PARA TOYOTA COD. REF. 0449187701	Unidad	0.00	0.00	5.00

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 COMPRA DE ACCESORIOS PARA VEHICULOS

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 CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO
Obst. Nery Y. Rivera Fernández
COORD. SISTEMA REFERENCIA Y CONTRAREFEREN.

Firma: Responsable del Área Usuaría

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

MAD: 10660382

San Ignacio, 14 de febrero de 2025

OFI N°17-2025-GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG-SP-AIS/METAX

SEÑOR:

LIC. ADM. ROGER EFREN HUAMAN RAMIREZ
JEFE DE ADMINISTRACIÓN

ATENCIÓN : JEFE DE LOGISTICA

ASUNTO : REMITO ANEXO N°5-SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CMN

Por el presente me dirijo a usted con la finalidad de expresarle mi cordial saludo y al mismo tiempo, hacerle llegar los anexos N°5-Solicitud de Modificación del CMN, con la finalidad de modificar algunos ítems para el desarrollo de las actividades de la estrategia Metaxenicas, según como se detalla a continuación:

META	ITEM	MODIFICACION	EXCLUSIÓN	INCLUSIÓN
0034	AGUA MINERAL SIN GAS X 625 mL APROX.	X		
	BEBIDA HIDRATANTE X 500 mL			X
	ATUN EN FILETE EN ACEITE VEGETAL X 170 g			X
	GALLETA DE SODA X 34 g APROX.			X
0042	SERVICIO DE ALIMENTACIÓN DE PERSONAS			X

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO
Blgo. Samuel O. Barba Hurtado
COORDINADOR ESTRATEGIA SANITARIA METAXENICAS
C.B.P. N° 10590

UNIDAD EJECUTORA DE SALUD SAN IGNACIO
ADMINISTRACIÓN
DERIVADO
Logística
Para su atención
14/02/25
FIRMA:

C.C. ARCHIVO
GTHC/MAB/SOBH



RED DE SALUD SAN IGNACIO
LOGISTICA
RECIBIDO
13 FEB 2025
EG: FOLIOS N°:
300pm
FIRMA:

UNIDAD EJECUTORA DE SALUD SAN IGNACIO
ADMINISTRACIÓN
RECIBIDO
14 FEB 2025
MAB: FOLIOS N°:
9:26
FIRMA:

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000098

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

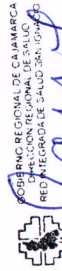
Centro de Costo: 1654.100205 PROGRAMA ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZOONOSIS
Fecha de Solicitud: 14/02/2025

ITEM		Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total \$/	Cantidad Total	Valor Total \$/
Código	Item N.-	Descripción del ítem				
091100020084		AGUA MINERAL SIN GAS X 625 mL APROX.	445.00	0.00	0.00	0.00
091100100003		BEBIDA HIDRATANTE X 500 mL	0.00	0.00	60.00	0.00
091400060005		ATUN EN FILETE EN ACEITE VEGETAL X 170 g	0.00	0.00	30.00	0.00
096800010332		GALLETA DE SODA X 34 g APROX.	0.00	0.00	52.00	0.00

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

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

- 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 CAJAMARCA

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO

Blgo. Manuel O. Barba Hurtado

CORONADOR ESTRATEGIA SANITARIA EN TAXENICAS

C.B.P. N° 10590

Firma: Responsable del Área Usuaria

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

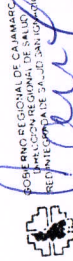
Centro de Costo: 00004267 I-4 SAN IGNACIO
Fecha de Solicitud: 14/02/2025

Código Item N. -	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total \$/	Cantidad Total	Valor Total \$/
040100010001	SERVICIO DE ALIMENTACION DE PERSONAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	1.00

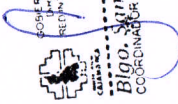
Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): SOLICITO INCLUSIÓN DE ITEMS.

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

- 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 CANELAS
GOBIERNO REGIONAL DE SALUD
REGIONAL DE SALUD
COORDINADOR GENERAL DE ATENCIÓN
COORDINADOR GENERAL DE ATENCIÓN



Miguel O. Barba Hurtado
COORDINADOR GENERAL DE ATENCIÓN
C.B.P. N° 10590

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000105

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

Centro de Costo: 00004288 I-3 LA COIPA
Fecha de Solicitud: 14/02/2025

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/

040100010001	SERVICIO DE ALIMENTACION DE PERSONAS	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 ITEMS.

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

- 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 CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
REGIONAL CAJAMARCA
COORDINADOR ESTRATEGIA SANITARIA METAENICAS
C.B.P. N° 10590
Blgo. Simuel O. Barba Hurtado

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000104

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

Centro de Costo: 00004274 I-3 CHIRINOS
Fecha de Solicitud: 14/02/2025

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/

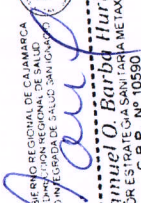
040100010001	SERVICIO DE ALIMENTACION DE PERSONAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	1.00
--------------	--------------------------------------	----------	------	------	------	------

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

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

- 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 CAJAMARCA
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD
REGIONALIDAD DE SALUD SAN IGNACIO


Blgo. Samuel O. Barba Hurtado
COORDINADOR ESTRATEGIA SANITARIA METAXENICAS
C.B.P. N° 10590

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000103

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

Centro de Costo: 00004311 I-3 TAMBORAPA PUEBLO

Fecha de Solicitud: 14/02/2025

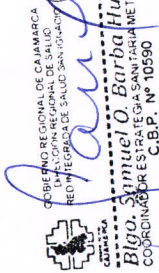
Código Item N.-	[ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/

040100010001	SERVICIO DE ALIMENTACION DE PERSONAS	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 ITEMS.

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

- 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 CAJAMARCA
INSTITUCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO

Blgo. Samuel O. Barba Hurtado
COORDINADOR ESTRATEGIA SANITARIA METABOLICAS
C.B.P. N° 10590

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000102

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

Centro de Costo: 00004300 I-3 SAN JOSÉ DE LOURDES
Fecha de Solicitud: 14/02/2025

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/

040100010001	SERVICIO DE ALIMENTACION DE PERSONAS	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 ITEMS.

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

- 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 CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED INTEGRADA DE SALUD SANTANDRO
Cajamarca
Bigo. Simuel O. Barba Hurtado
COORDINADOR ESTRATEGIA SANITARIA METAENICAS
C.B.P. N° 10590

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: 14/02/2025

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/

1.08

Servicio

040100010001 SERVICIO DE ALIMENTACION DE PERSONAS

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 INCLUSIÓN DE ITEMS.

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

- 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 CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED INTEGRADA DE SALUD SAN JOSE
C.B.P. N° 10590
Bigo. Samuel O. Barba Hurtado
COORDINADOR ESTRATEGIA SANITARIA METAXENICAS

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000100

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

Centro de Costo: 00004296 I-3 NAMBALLE

Fecha de Solicitud: 14/02/2025

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/

040100010001	SERVICIO DE ALIMENTACION DE PERSONAS	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 ITEMS.

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

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 CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED INTEGRAL DE SALUD SAN IGNACIO
Cajamarca
Blgo. Samuel O. Barba Hurtado
COORDINADOR ESTRATEGIA SANITARIA METAXENICAS
C.B.P. N° 10590

Firma: Responsable del Área Usuaria

MAD N°: 10661154

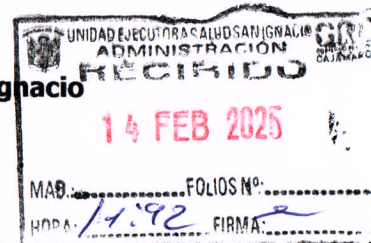
San Ignacio, 14 de febrero del 2025

OFICIO N°93 -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 los Anexo N° 05: Solicitud de modificación del Cuadro Multianual de necesidades, con el fin de solicitar incorporación de ítems, y poder realizar los pedidos de bienes y servicios.

Adjunto:
Anexo N° 05 - Solicitud de modificación del CMN N°121

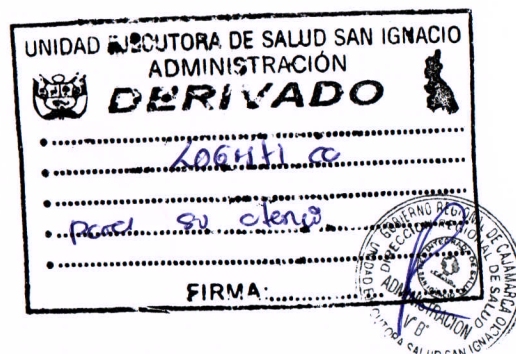
Agradeciendo su gentil atención al presente, me despido reiterándole mi gran consideración y estima personal.

Atentamente;



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° 00000000121

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

Centro de Costo: 1654.13 UNIDAD DE SEGUROS
Fecha de Solicitud: 14/02/2025

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/
071100400014	SERVICIO DE MEDICO ESPECIALISTA EN GINECO OBSTETRA	Servicio	0.00	0.00	0.00	40,000.00
133000240065	LEJIA (HIPOCLORITO DE SODIO) AL 5%	Litro	0.00	0.00	5,632.00	0.00
500100050561	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL	Servicio	0.00	0.00	0.00	1,199.00

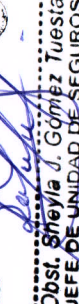
Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): INCORPORACIÓN DE ITEM

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 LIMA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO



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

Firma: Responsable del Área Usuaria

MAD: **10661335**

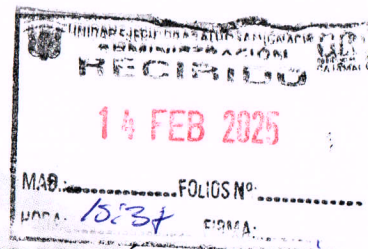
San Ignacio, 14 de febrero del 2025.

OFICIO N°57-2025-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**

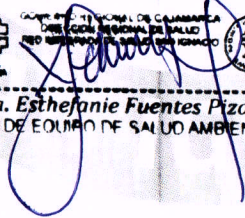
Por medio del presente me dirijo a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez solicito la **inclusión** para la solicitud de modificación del cuadro multianual de necesidades N°000123, N°000124 para cumplimiento de la ejecución al 100% del presupuesto asignado y a la vez remito Anexo N°5 de 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.

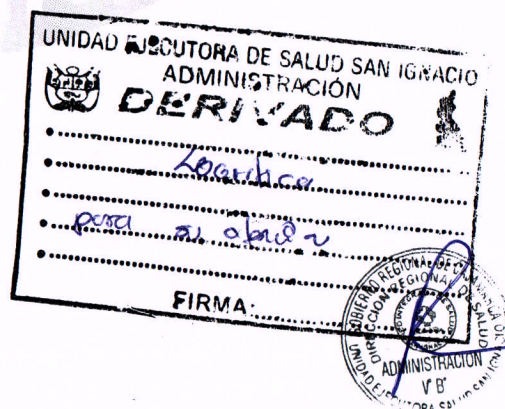
Atentamente



Blga. Esthefanie Fuentes Pizarro
JEFE DE EQUIPO DE SALUD AMBIENTAL



C.c.: Archivo
EFP/myrr



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

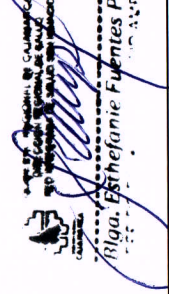
Centro de Costo: 1654.12 COORDINACION SALUD AMBIENTAL
Fecha de Solicitud: 14/02/2025

ITEM		Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
				EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
Código ítem N.-				Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
133000120047	DESINFECTANTE LIMPIADOR AROMATICO X 4 L		Unidad	0.00	0.00	62.00	0.00
718500080026	GRAPA 26/6 X 5000		Unidad	1.00	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):INCLUSIÓN 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:



Blga. Estefanie Fuentes Pizarro
Área de Logística

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000124

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

Centro de Costo: 1654.12 COORDINACION SALUD AMBIENTAL

Fecha de Solicitud: 14/02/2025

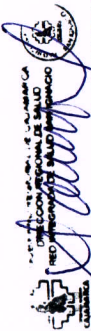
Código Item N -	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/

602206160001	BALANZA (OTRAS)	Unidad	0.00	0.00	17.00	0.00
--------------	-----------------	--------	------	------	-------	------

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

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:


Bla. Esthefanie Fuentes Pizarro
JEFE DE EQUIPO DE SALUD AMBIENTAL

Firma: Responsable del Área Usuaria

MAD: 10661350

San Ignacio, 14 de febrero de 2025

RED DE SALUD SAN IGNACIO
LOGISTICA
RECIBIDO
17 FEB 2025
REG: _____ FOLIOS N°: _____
HORA: 9:50am FIRMA: _____

OFI N° 53-2025-GR.CAJ/DSRSJ/RS.SI/DG-CIS-AIS/SM

SEÑOR:

LIC. ADM. ROGER EFREN HUAMAN RAMIREZ

ADMINISTRADOR DE LA UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO

ATENCIÓN : JEFE DE LOGISTICA

ASUNTO : REMITO ANEXO N°5-SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CMN

Por el presente me dirijo a usted con la finalidad de expresarle mi cordial saludo y al mismo tiempo, hacerle llegar el anexo N°5-Solicitud de Modificación del CMN N°0000000122, con la finalidad de excluir el ítems de DETERGENTE GRANUALDO X 15g, JABÓN DE TOCADOR LÍQUIDO X 1L, PAPEL HIGIÉNICO (ROLLO PERSONAL) DOBLE HOJA BLANCO X 24, BOLSA DE POLIETILENO 3pm X 50 cm X 70 cm APROX. COLOR NEGRO de la meta 78 – Programa de Control y Prevención en Salud Mental.

Adjunto;

- Anexo N°5: Cuadro de Modificación del cuadro Multianual de Necesidades N°0000000122

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

Atentamente,

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



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA DE SALUD SAN IGNACIO
PSIC. NURY V. MEDINA PARIENTE
CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL
C.P.S.P. N° 14170

UNIDAD EJECUTORA DE SALUD SAN IGNACIO
ADMINISTRACIÓN
RECIBIDO
14 FEB 2025
MAD: _____ FOLIOS N°: _____
HORA: 16:15 FIRMA: _____

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

Centro de Costo: 00004267 I-4 SAN IGNACIO
Fecha de Solicitud: 14/02/2025

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/
133000160080	DETERGENTE GRANULADO X 15 kg	Unidad	9.00	0.00	0.00	0.00
139200100077	JABON DE TOCADOR LIQUIDO X 1 L	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00
139200120053	PAPEL HIGIENICO (ROLLO PERSONAL) DOBLE HOJA BLANCO X 24	Unidad	8.00	0.00	0.00	0.00
501100041546	BOLSA DE POLIETILENO 3 µm X 50 cm X 70 cm APROX. COLOR NEGRO	Unidad	2.00	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 EXCLUIR LOS ITEMS CON OFICIO DE REFERENCIA

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:

GOBERNACIÓN DE
CHIMBO
SECRETARÍA DE
DESARROLLO
ECONÓMICO Y
COMERCIO

SECRETARÍA DE
DESARROLLO
ECONÓMICO Y
COMERCIO

SECRETARÍA DE
DESARROLLO
ECONÓMICO Y
COMERCIO

SECRETARÍA DE
DESARROLLO
ECONÓMICO Y
COMERCIO

SECRETARÍA DE
DESARROLLO
ECONÓMICO Y
COMERCIO

SECRETARÍA DE
DESARROLLO
ECONÓMICO Y
COMERCIO

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"



RED INTEGRADA DE SALUD
SAN IGNACIO
LOGISTICA

17 FEB 2025

REG: _____ FOLIOS N°: _____
HORA: 9:50am FIRMA: _____

MAD: 10661199

San Ignacio, 14 de febrero de 2025

OFI N° 52-2025-GR.CAJ/DSRSJ/RS.SI/DG-CIS-AIS/SM

SEÑOR:

LIC. ADM. ROGER EFREN HUAMAN RAMIREZ

ADMINISTRADOR DE LA UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO

ATENCIÓN : JEFE DE LOGISTICA

ASUNTO : REMITO ANEXO N°5-SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL
CMN

=====

Por el presente me dirijo a usted con la finalidad de expresarle mi cordial saludo y al mismo tiempo, hacerle llegar el anexo N°5-Solicitud de Modificación del CMN N°0000000120, con la finalidad de incluir el ítem de TINTA DE IMPRESIÓN PARA HP COD. REF. Q7812A NEGRO de la meta 75 – Programa de Control y Prevención en Salud Mental.

Adjunto;

- Anexo N°5: Cuadro de Modificación del cuadro Multianual de Necesidades N°0000000120

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

UNIDAD EJECUTORA DE SALUD SAN IGNACIO
ADMINISTRACIÓN
DERIVADO

.....
.....
.....
.....

FIRMA:

Atentamente,



UNIDAD EJECUTORA DE SALUD SAN IGNACIO
ADMINISTRACIÓN
RECIBIDO

14 FEB 2025

MAD: FOLIOS N°:
HORA: 16:15 FIRMA:

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

Centro de Costo: 1654.100209 PROGRAMA CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL
Fecha de Solicitud: 14/02/2025

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/
767400051035	TINTA DE IMPRESION PARA HP COD. REF. Q7812A NEGRO	Unidad	0.00	0.00	2.00	0.00

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

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



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 INTEGRADA DE SALUD
SAN IGNACIO
LOGISTICA
RECIBIDO
17 FEB 2025
REG: _____ FOLIOS N°: _____
HORA: 9:50am FIRMA: _____

MAD: 10661041

San Ignacio, 14 de febrero de 2025

OFI N° 51-2025-GR.CAJ/DSRSJ/RS.SI/DG-CIS-AIS/SM

SEÑOR:

LIC. ADM. ROGER EFREN HUAMAN RAMIREZ

ADMINISTRADOR DE LA UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO

ATENCIÓN : JEFE DE LOGISTICA

ASUNTO : REMITO ANEXO N°5-SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CMN

Por el presente me dirijo a usted con la finalidad de expresarle mi cordial saludo y al mismo tiempo, hacerle llegar el anexo N°5-Solicitud de Modificación del CMN N°0000000119, con la finalidad de excluir el ítem de PAPEL BOND 80g TAMAÑO A4 de la meta 77 – Programa de Control y Prevención en Salud Mental.

Adjunto;

- Anexo N°5: Cuadro de Modificación del cuadro Multianual de Necesidades N°0000000119

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

Atentamente,

UNIDAD EJECUTORA DE SALUD SAN IGNACIO
ADMINISTRACIÓN
DERIVADO
FOLIOS N°: _____
HORA: _____
FIRMA: _____



UNIDAD EJECUTORA DE SALUD SAN IGNACIO
ADMINISTRACIÓN
RECIBIDO
14 FEB 2025
MAD: _____ FOLIOS N°: _____
HORA: 16:15 FIRMA: _____

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000119

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

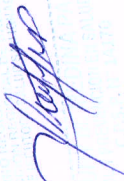
Centro de Costo: 00004267 I-4 SAN IGNACIO
Fecha de Solicitud: 14/02/2025

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/
717200050224	PAPEL BOND 80 g TAMAÑO A4	Emp X 500	46.00	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 EXCLUIR ITEM CON OFICIO DE REFERENCIA

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



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 INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO
LOGISTICA
RECIBIDO

17 FEB 2025

MAD: 10660794

EG: FOLIOS N°:

OPD: 9:50am FIRMA: *[Signature]*

San Ignacio, 14 de febrero de 2025

OFI N° 50-2025-GR.CAJ/DSRSJ/RS.SI/DG-CIS-AIS/SM

SEÑOR:

LIC. ADM. ROGER EFREN HUAMAN RAMIREZ

ADMINISTRADOR DE LA UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO

ATENCIÓN : JEFE DE LOGISTICA

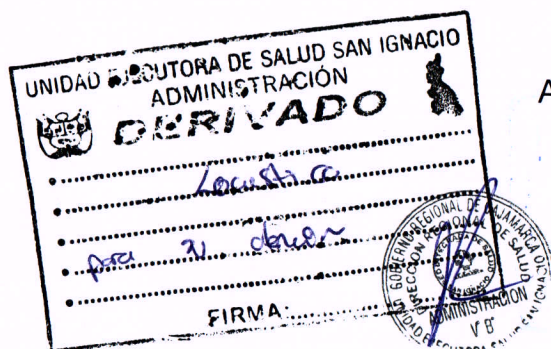
ASUNTO : REMITO ANEXO N°5-SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CMN

Por el presente me dirijo a usted con la finalidad de expresarle mi cordial saludo y al mismo tiempo, hacerle llegar el anexo N°5-Solicitud de Modificación del CMN N°0000000116, con la finalidad de excluir el ítem de PAPEL BOND DE 75 G TAMAÑO A4 DE COLOR de la meta 78 – Programa de Control y Prevención en Salud Mental.

Adjunto;

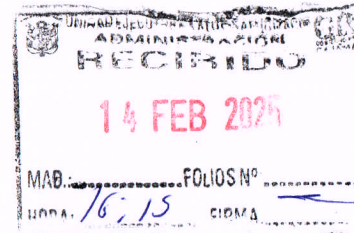
- Anexo N°5: Cuadro de Modificación del cuadro Multianual de Necesidades N°0000000116

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



Atentamente,

[Signature]
F. J. FLORES
JEFE DE LOGISTICA
C.E.S.I. N° 10370



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

Centro de Costo: 00004267 I-4 SAN IGNACIO
Fecha de Solicitud: 14/02/2025

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/
717200050230	PAPEL BOND DE 75 g TAMAÑO A4 DE COLOR	Emp X 500	1.00	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 EXCLUSIÓN DE ÍTEM CON OFICIO DE REFERENCIA

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



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: 10660771

San Ignacio, 14 de febrero de 2025

OFI N° 49-2025-GR.CAJ/DSRSJ/RS.SI/DG-CIS-AIS/SM

SEÑOR:

LIC. ADM. ROGER EFREN HUAMAN RAMIREZ

ADMINISTRADOR DE LA UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO

ATENCIÓN : JEFE DE LOGISTICA

ASUNTO : REMITO ANEXO N°5-SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CMN

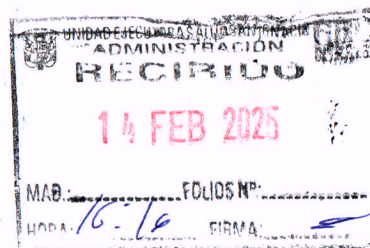
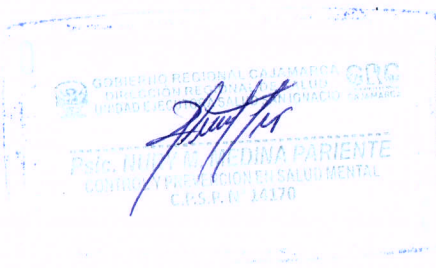
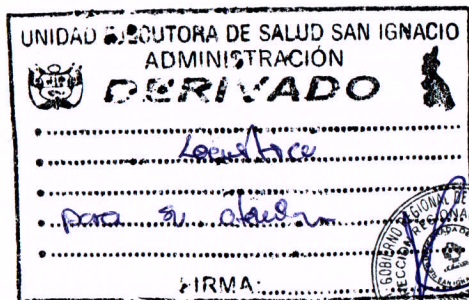
Por el presente me dirijo a usted con la finalidad de expresarle mi cordial saludo y al mismo tiempo, hacerle llegar el anexo N°5-Solicitud de Modificación del CMN N°0000000115, con la finalidad de excluir el ítem de tampón para huella dactilar de la meta 78 – Programa de Control y Prevención en Salud Mental.

Adjunto;

- Anexo N°5: Cuadro de Modificación del cuadro Multianual de Necesidades N°0000000115

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

Atentamente,



ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000115

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

Centro de Costo: 00004267 I-4 SAN IGNACIO
Fecha de Solicitud: 14/02/2025

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/
716000090045	TAMPON PARA HUELLA DACTILAR	Unidad	1.00	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 EXCLUIR EL ÍTEM CON OFICIO DE REFERENCIA

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

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

MAD. N° 10661268

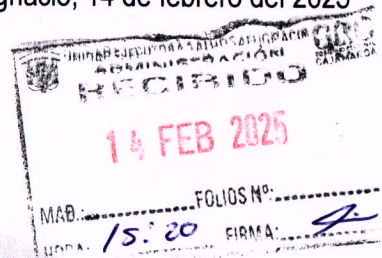
San Ignacio, 14 de febrero del 2025

OFI N° 66-2024-GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG/SISMED

Señor:

Lic. Adm. ROGER EFREN HUAMAN RAMIREZ

Administrador de la Red Integrada de Salud San Ignacio.
Presente. –



ATENCIÓN: UNIDAD DE LOGISTICA

ASUNTO: REMITO ANEXO N° 05 – MODIFICACION DE CMN

Mediante el presente me dirijo a usted; para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo hago llegar anexo N° 05: Solicitud de modificación del Cuadro Multianual de Necesidades, con el fin de solicitar la inclusión de ítems que corresponden a productos farmacéuticos necesarios para abastecer a las IPRESS de la RIS SAN IGNACIO. A continuación, se detallan las solicitudes de modificación del Cuadro Multianual de Necesidades (CMN):

- ANEXO N° 05 - MODIFICACION DE CMN N° 109
- ANEXO N° 05 - MODIFICACION DE CMN N° 111
- ANEXO N° 05 - MODIFICACION DE CMN N° 113
- ANEXO N° 05 - MODIFICACION DE CMN N° 114
- ANEXO N° 05 - MODIFICACION DE CMN N° 117

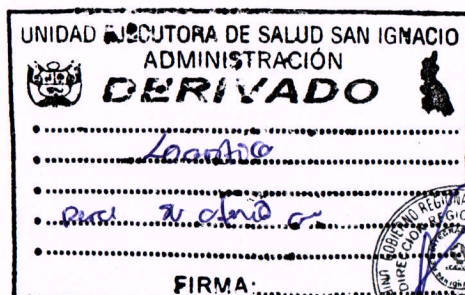


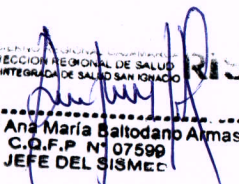
Sin otro particular me despido de usted, no sin antes manifestarle mi aprecio y estima personal.

Atentamente;

Cc.

☐ : Archivo
AMBA




Mg. Q.F. Ana María Baltodano Almas
C.O.F.P. N° 07599
JEFE DEL SISMED

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000109

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

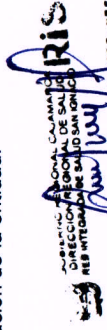
Centro de Costo: 00029151 I-3 CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO FLOR DE LOTO
Fecha de Solicitud: 14/02/2025

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/
580500120002	VALPROATO SODICO 250 mg/5 mL JBE 120 mL	Unidad	0.00	0.00	150.00	0.00
582700090001	BIPERIDENO LACTATO 5 mg/mL INY 1 mL	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
584800620003	HALOPERIDOL (COMO DECANOATO) 50 mg/mL INY 1 mL	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
584900200002	ZOLPIDEM TARTRATO 10 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	500.00	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 PRODUCTOS FARMACÉUTICOS PARA EL C.S.M.C. FLOR DE LOTO.

De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:INCLUSIÓN DE ÍTEMS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS PARA SU ADQUISICIÓN.

- 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
RES. AUTÓNOMA DE SAN IGNACIO
Mg. Q.F. Ana María Baltodano Armas
C.I.F. N° 07596
JEFE DEL SISMEC

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000111

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

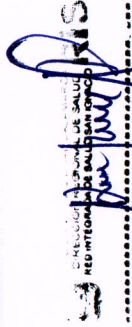
Centro de Costo: 00004267 I-4 SAN IGNACIO
Fecha de Solicitud: 14/02/2025

Código Item N.-	ITEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total \$/	Cantidad Total	Valor Total \$/
580500080005	CARBAMAZEPINA 100 mg/5 mL SUS 100 mL	Unidad	0.00	0.00	150.00	0.00
581900040009	METRONIDAZOL 500 mg INY 100 mL	Unidad	0.00	0.00	80.00	0.00
583100300001	NIFEDIPINO 10 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	5,000.00	0.00
583800710003	OMEPRAZOL (COMO SAL SODICA) 40 mg INY	Unidad	0.00	0.00	1,000.00	0.00
585100040008	SOLUCION POLIELECTROLITICA INY 1 L	Unidad	0.00	0.00	576.00	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 PRODUCTOS FARMACÉUTICOS PARA SU DISTRIBUCIÓN A LAS IPRESS DE LA RED DE SALUD SAN IGNACIO.

De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:INCLUSIÓN DE ÍTEMS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS PARA SU ADQUISICIÓN 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:


Mg. Q.F. Ana María Balcázar Armas
C.O.F.P. N° 07569
JEFE DEL SISMED

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000113

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

Centro de Costo: 00004267 I-4 SAN IGNACIO

Fecha de Solicitud: 14/02/2025

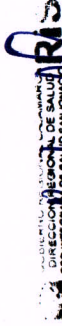
Código Item N.-	ITEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/

580800240007	CEFTRIAXONA (COMO SAL SODICA) CON DILUYENTE 1 g INY	Unidad	0.00	0.00	10,000.00	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 PRODUCTO FARMACÉUTICO PARA SU DISTRIBUCIÓN A LAS IPRESS DE LA RED DE SALUD SAN IGNACIO.

De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación: INCLUSIÓN DE ÍTEM PRODUCTO FARMACÉUTICO PARA SU ADQUISICIÓN 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:


DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO
Mg. Q.F. Ana María Baltodano Armas
C.D.F.P. N° 07566
JEFE DEL SISMEC

Firma: Responsable del Área Usuaria

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000114

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

Centro de Costo: 00004267 I-4 SAN IGNACIO
Fecha de Solicitud: 14/02/2025

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/

585100100002	SODIO CLORURO 900 mg/100 mL (0.9 %) INY 100 mL	Unidad	0.00	0.00	522.00	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 PRODUCTO FARMACÉUTICO PARA SU DISTRIBUCIÓN A LAS IPRESS DE LA RED DE SALUD SAN IGNACIO.
De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:INCLUSIÓN DE ÍTEM PRODUCTO FARMACÉUTICO PARA SU ADQUISICIÓN 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:


Mg. Q.F. Ana María Beltrán Armas
C.O.F.P. N° 07890
JEFE DEL SRMCO

Firma: Responsable del Área Usuaria

Centro de Costo: 1654.14 UNIDAD DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS
Fecha de Solicitud: 14/02/2025

Código Item N. -		ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
				EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
				Cantidad Total	Valor Total \$/	Cantidad Total	Valor Total \$/
580100210063	LIDOCAINA CLORHIDRATO + EPINEFRINA 20 mg + 12.5 µg/mL INY 1.8 mL	Unidad	0.00	0.00	12,000.00	0.00	0.00
580200500002	ACIDO ACETILSALICILICO 500 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	10,000.00	0.00	0.00
580600040004	ALBENDAZOL 100 mg/5 mL SUS 20 mL	Unidad	0.00	0.00	14,000.00	0.00	0.00
580600050002	MEBENDAZOL 100 mg/5 mL SUS 30 mL	Unidad	0.00	0.00	900.00	0.00	0.00
580700140005	OXACILINA 1 g INY CON DILUYENTE	Unidad	0.00	0.00	600.00	0.00	0.00
580700150006	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO (COMO SAL POTASICA) 250 mg + 62.5 mg/5 mL SUS 60 mL	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00	0.00
580800240007	CEFTRIAXONA (COMO SAL SODICA) CON DILUYENTE 1 g INY	Unidad	0.00	0.00	10,000.00	0.00	0.00
581800040001	ITRACONAZOL 100 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	800.00	0.00	0.00
582800230008	FERROSO SULFATO 300 mg (equiv. 60 mg Fe) TAB	Unidad	0.00	0.00	50,000.00	0.00	0.00
582900080004	GELATINA SUCCINILADA 4 g/100 mL INY 500 mL	Unidad	0.00	0.00	48.00	0.00	0.00
583100200001	LOSARTAN POTASICO 50 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	120,000.00	0.00	0.00
583300930010	SULFADIAZINA DE PLATA 1 g/100 g (1 %) CRM 50 g	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00	0.00
583301020002	CLOTIRIMAZOL 1 g/100 g (1 %) CRM 20 g	Unidad	0.00	0.00	3,000.00	0.00	0.00
583600220011	CLORHEXIDINA GLUCONATO 4 g/100 mL (4 %) SOL 1 L	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00	0.00
583800400001	MISOPROSTOL 200 µg TAB	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00	0.00
583800710002	OMEPRAZOL 20 mg CAP LM	Unidad	0.00	0.00	200,000.00	0.00	0.00
584400170023	HIPROMELOSA 3 mg/mL SOL OFT 15 mL	Unidad	0.00	0.00	1,200.00	0.00	0.00
584400670004	CIPROFLOXACINO (COMO CLORHIDRATO) 3 mg/mL (0.3 %) SOLOFT 5 mL	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00	0.00
586300010002	ORFENADRINA CITRATO 30 mg/mL INY 2 mL	Unidad	0.00	0.00	6,500.00	0.00	0.00
586300010008	ORFENADRINA CITRATO 100 mg TAB_LM	Unidad	0.00	0.00	14,000.00	0.00	0.00

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

San Ignacio, 14 de febrero del 2025

OFICIO N° 001/2025/ICG

Señor(a):
Recursos Humanos

Asunto: SOLICITO CONSTANCIA POR TIEMPO DE TRABAJO

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo, debido a que vengo realizando tramites personales, mediante la presente solicito, autorizar a quien corresponda la emisión de mi constancia de trabajo por los servicios prestados en modalidad de servicio Cas 1057 en el Centro de Salud San Ignacio, en el área de Emergencia y Hospitalización durante el periodo del 03 de enero al 18 de febrero.

Sin más que decir por el momento, aprovecho la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi consideración y estima personal.

Atentamente.

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



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO
ZONA SANITARIA N°2 SAN IGNACIO
CENTRO DE SALUD SAN IGNACIO

Lic. Carolina Acha Pardo
CEP: 111586

DNI: 47288184

UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO
TRÁMITE DOCUMENTARIO
RECIBIDO
14 FEB 2025
MAD: 10661163 FOLIOS N°: 1
HORA: 14:41 FIRMA: _____

RED DE SALUD SAN IGNACIO
LOGISTICA
RECIBIDO
17 FEB 2025
REG: _____ FOLIOS N°: 1
HORA: 9:50am FIRMA: _____