

**FORMULARIO N° 7
PROGRAMA DE OPERACIONES ANUAL
DETERMINACIÓN DE RECURSOS DE SERVICIOS**

NOMBRE DE LA ENTIDAD : SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO	
AREA FUNCIONAL :	SALUD
UNIDAD FUNCIONAL :	COMITÉ DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

CODIGO INSTITUCIONAL	425
CODIGO PND	1,02
GESTIÓN	2016
FECHA	ago-15

CODIGO OBJ. GESTIÓN Ó ESPECIFICO	SERVICIOS	CRONOGRAMA DE REQUERIMIENTOS												Costo Unitario	Costo Total en bs
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC		
08.02	Convenio con BSRRC para recojo de hemocomponentes	*√	*√	*√	*√	*√	*√	*√	*√	*√	*√	*√	*√		

TOTAL

Responsables de la Información	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por:	DR. YVERTH GONZALO DURAN	UNIDAD TRANSFUSIONAL	
Revisado por:	DRA. SUSANA SANCHEZ V.	GERENTE SERVICIOS DE SALUD	
	DR. JHONNY BACARREZZA S.	UNIDAD PLANIFICACION MEDICA	
Aprobado por	DR. OSCAR FERRUFINO G.	GERENTE GENERAL	

