

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000498

UNIDAD EJECUTORA : 017 HOSPITAL HERMILO VALDIZAN

NRO. IDENTIFICACIÓN : 000133

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Item N.-	Descripción del ítem	CANTIDAD Y/O VALORES		EXCLUSIÓN		CANTIDAD Y/O VALORES	
				EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN			
				Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/		
133.12.03 - D.a.t.- Servicio De Farmacia									
26/11/2024	0000000574	495700380011	LLAVE DE TRIPLE VIA CON EXTENSION X 50 cm	0.00	0.00	0.00	0.00	600.00	0.00
26/11/2024	0000000574	580900030001	AMIKACINA (COMO SULFATO) 250 mg/mL INY 2 mL	0.00	0.00	0.00	0.00	300.00	0.00
26/11/2024	0000000574	581400130004	CIPROFLOXACINO (COMO CLORHIDRATO) 500 mg TAB	0.00	0.00	0.00	0.00	1,000.00	0.00
26/11/2024	0000000574	583800760003	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 10 mg TAB	0.00	0.00	0.00	0.00	800.00	0.00
26/11/2024	0000000574	585100130002	SALES DE REHIDRATACION ORAL (FÓRMULA OMS: 20.5 g/L) PLV	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00	0.00
27/11/2024	0000000577	584800060001	OLANZAPINA 10 mg TAB	0.00	0.00	0.00	0.00	200,000.00	0.00
27/11/2024	0000000577	584800080003	QUETIAPINA 200 mg TAB	0.00	0.00	0.00	0.00	150,000.00	0.00
133.15.03 - D.a.d.- Servicio De Laboratorio									
27/11/2024	0000000575	511000260059	TUBO PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE CON SISTEMA DE VACÍO DE POLIPROPILENO DE 3 mL CON E	0.00	0.00	0.00	0.00	2,500.00	0.00
27/11/2024	0000000575	511000260097	TUBO PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE CON SISTEMA DE VACÍO DE POLIPROPILENO DE 5 mL CON C	0.00	0.00	0.00	0.00	2,500.00	0.00
133.18.01 - Departamento De Salud Mental Del Niño Y Adolescente									
27/11/2024	0000000576	584800060003	ATOMOXETINA 40 mg TAB	0.00	0.00	0.00	0.00	27,500.00	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:

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILO VALDIZAN
OFICINA DE LOGÍSTICA
MAC CARMEN YALLICO CASTANEDA
Jefe de la Oficina de Logística

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILO VALDIZAN

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

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