

**ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0036-2023**

Entidad del Sector Público u Organización de la entidad: HOSPITAL HERMILLO VALDIVIA  
N° de Identificación: 017-133

N° solicitud	Fecha de solicitud	N° Solicitud de Modificación	Código Item N°	Descripción del Item	Clasificador de Gasto	Precio Unitario	Unidad de Medida	Cantidad Total	Valor Total	CANTIDAD Y/O VALORES		
										EXCLUSIÓN	INCLUSIÓN	
										CMN	(Información Actual)	
<b>ÁREA USUARIA: DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL NIÑO Y ADOLESCENTE</b>												
1	06/10/2023	006-2023	091100020030	AGUA MINERAL SIN GAS X 21 L	23.11.11	27.00	BIEN	10	S/. 270.00	4	S/. 108.00	
1	06/10/2023	006-2023	096800010482	GALLETA BANADA CON CHOCOLATE Y GRAGEAS X 23 G APROX.	23.11.11	1.50	BIEN				S/. 90.00	
<b>ÁREA USUARIA: DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL NIÑO Y ADOLESCENTE</b>												
2	06/10/2023	007-2023	096800010482	GALLETA BAÑADA CON CHOCOLATE Y GRAGEAS X 23 G APROX.	23.11.11	1.50	BIEN			17	S/. 25.50	
<b>ÁREA USUARIA: DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA</b>												
3	05/10/2023	0006-2023	096800010210	GALLETA SODA X 40 GR APROX.	23.11.11	0.65	BIEN			208	S/. 135.20	
3	05/10/2023	0006-2023	091100060050	NECTAR DE FRUTAS X 235 ML	23.11.11	1.50	BIEN			350	S/. 525.00	
3	05/10/2023	0006-2023	096800010210	GALLETA SODA X 40 GR APROX.	23.11.11	0.65	BIEN			108	S/. 70.20	
<b>ÁREA USUARIA: D.S.M. SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGIA</b>												
4	10/10/2023	00016-2023	139200160323	PAPEL TOALLA DOBLE HOJA INTERFOLEADO BLANCO X 200 HOJAS	23.15.31	6.50	BIEN			1,000	S/. 6,500.00	
<b>ÁREA USUARIA: OFICINA DE ECONOMIA</b>												
5	10/10/2023	0001-2023	071100387774	SERVICIO DE PROCESAMIENTO, FACTURACIÓN Y ALMACENAMIENTO DE COMPROBANTES DE PAGO ELECTRONICO	23.27.42	9,673.12	SERVICIO				S/. 9,673.12	
<b>ÁREA USUARIA: SERVICIO DE EMERGENCIA</b>												
6	11/10/2023	0001-2023	35800010002	ALCOHOL ETILICO (ETANOL) 90° L	23.18.21	12.00	BIEN			154	S/. 1,848.00	
<b>ÁREA USUARIA: D.S.M. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA</b>												
7	12/10/2023	0008-2023	532248020003	EQUIPO DOPPLER PORTATIL	26.32.42	S/. 251.50	BIEN			2	S/. 503.00	
7	12/10/2023	0008-2023	139200160323	PAPEL TOALLA DOBLE HOJA INTERFOLEADO BLANCO X 200 HOJAS	23.15.31	S/. 6.50	BIEN			68	S/. 442.00	
7	12/10/2023	0008-2023	139200160323	PAPEL TOALLA DOBLE HOJA INTERFOLEADO BLANCO X 200 HOJAS	23.15.31	S/. 6.50	BIEN			3	S/. 19.50	
7	12/10/2023	0008-2023	139200160323	PAPEL TOALLA DOBLE HOJA INTERFOLEADO BLANCO X 200 HOJAS	23.15.31	S/. 6.50	BIEN			11	S/. 71.50	
<b>ÁREA USUARIA: OFICINA DE SEGUROS</b>												
8	13/10/2023	0007-2023	767400062382	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA HP COD. REF. 87A CF387A NEGRO	23.15.12	S/. 950.00					1	S/. 950.00



**ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0036-2023**

Entidad del Sector Público u Organización de la entidad: **HOSPITAL HERMILLO VALDIZAN**  
N° de Identificación: 017-133

N°	Fecha de solicitud	N° Solicitud de Modificación	Código Item N°	Descripción del Item	Clasificador de Gasto	Precio Unitario	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES		EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN					
								CMN	(Información Actual)	Cantidad Total	Valor Total	Cantidad	Valor	Cantidad	Valor		
8	13/10/2023	0007-2023	767400060857	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA HP COD. REF. CE255A NEGRO	23.15.12	S/. 750.00						1	S/. 750.00				
8	13/10/2023	0007-2023	767400062649	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA HP COD. REF. CE337A NEGRO	23.15.12	S/. 851.00						2	S/. 1,702.00				
<b>Total General en S/</b>								10.00	S/.	270.00		4.00	S/.	108.00	1,985	S/.	23,305.02

- 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 "HERMILLO VALDIZAN"**  
Mag. Carmen I. Yallico Castañeda  
CIAD N° 29644  
Jefa de la Oficina de Logística

**MINISTERIO DE SALUD**  
**HOSPITAL "HERMILLO VALDIZAN"**  
Mag. *[Firma]*  
CIAD N° 29644  
DIRECTORA EJECUTIVA DE LA ENTIDAD, o por el funcionario a quien se hubiera delegado dicha facultad  
OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN

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