

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000536

UNIDAD EJECUTORA : 402 REGION CALLAO - HOSPITAL DE APOYO SAN JOSE

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001318

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/
582404 - Servicio De Farmacia.								
14/10/2024	0000000952	584000170001	GLIBENCLAMIDA 5 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	30,000.00	0.00
15/10/2024	0000000956	582800230008	FERROSO SULFATO 300 mg (equiv. 60 mg Fe) TAB	Unidad	0.00	0.00	25,000.00	0.00
18/10/2024	0000000982	583000460001	PROPRANOLOL CLORHIDRATO 40 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	17,000.00	0.00
21/10/2024	0000000990	583800660004	SODIO FOSFATO DIBASICO + SODIO FOSFATO MONOBASICO 6 g +16 g/100 mL SOL. RECTAL 133 mL	Unidad	0.00	0.00	1,200.00	0.00
12/11/2024	0000001050	580500100007	FENITOINA SODICA 50mg/mL INY 2 mL	Unidad	0.00	0.00	1,200.00	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:

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