

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000123

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/
582102 - Servicio De Patologia Clínica								
19/03/2025	0000000207	351100020029	COLESTEROL HDL	Det	0.00	0.00	3,000.00	0.00
19/03/2025	0000000207	351100020033	COLESTEROL LDL	Det	0.00	0.00	3,000.00	0.00
19/03/2025	0000000207	351100020035	COLESTEROL TOTAL ENZIMATICO	Det	0.00	0.00	4,000.00	0.00
19/03/2025	0000000207	351100020076	FERRITINA	Det	0.00	0.00	300.00	0.00
19/03/2025	0000000207	351100020079	MICROALBUMINURIA.	Det	0.00	0.00	400.00	0.00
19/03/2025	0000000207	351100020164	HIERRO SERICO	Det	0.00	0.00	300.00	0.00
19/03/2025	0000000207	351100020167	MAGNESIO	Det	0.00	0.00	500.00	0.00
19/03/2025	0000000207	351100020184	TRIGLICERIDOS ENZIMATICO	Det	0.00	0.00	4,000.00	0.00
19/03/2025	0000000207	351100020197	HORMONA ESTRADIOL AUTOMATIZADA	Det	0.00	0.00	300.00	0.00
19/03/2025	0000000207	351100020199	HORMONA PROGESTERONA	Det	0.00	0.00	300.00	0.00
19/03/2025	0000000207	351100020206	HORMONA TIROIDEA ESTIMULANTE (TSH) AUTOMATIZADO	Det	0.00	0.00	4,800.00	0.00
19/03/2025	0000000207	351100020213	HORMONA PROLACTINA (PRL) AUTOMATIZADA	Det	0.00	0.00	300.00	0.00
19/03/2025	0000000207	351100020223	HORMONA INSULINA AUTOMATIZADA	Det	0.00	0.00	600.00	0.00
19/03/2025	0000000207	351100020224	HORMONA LUTEINIZANTE (LH) AUTOMATIZADA	Unidad	0.00	0.00	300.00	0.00
19/03/2025	0000000207	351100020237	ACIDO FOLICO	Det	0.00	0.00	800.00	0.00
19/03/2025	0000000207	351100020255	FOSFORO AUTOMATIZADO	Det	0.00	0.00	500.00	0.00
19/03/2025	0000000207	351100020269	TEST DE TROPONINA	Det	0.00	0.00	600.00	0.00
19/03/2025	0000000207	351100020274	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE (FSH) AUTOMATIZADA	Det	0.00	0.00	300.00	0.00
19/03/2025	0000000207	351100020636	TRANSFERRINA	Det	0.00	0.00	200.00	0.00
19/03/2025	0000000207	355100020067	HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 5 ESTIRPES	Det	0.00	0.00	17,000.00	0.00
19/03/2025	0000000207	358600030523	TEST DE ANTIGENO CA 125	Det	0.00	0.00	300.00	0.00
19/03/2025	0000000207	358600030550	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	Det	0.00	0.00	300.00	0.00
19/03/2025	0000000207	358600030589	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA) TOTAL	Det	0.00	0.00	1,000.00	0.00
19/03/2025	0000000207	358600030601	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA) LIBRE	Det	0.00	0.00	500.00	0.00
19/03/2025	0000000207	358600090576	HEMOGLOBINA GLICOSILADA	Det	0.00	0.00	2,400.00	0.00
19/03/2025	0000000207	358600090972	ANTICUERPO HEPATITIS C	Det	0.00	0.00	800.00	0.00
19/03/2025	0000000207	358600091173	ALFA FETO PROTEINA	Det	0.00	0.00	300.00	0.00
19/03/2025	0000000207	358600091257	HEPATITIS A IgM AUTOMATIZADO	Det	0.00	0.00	300.00	0.00
19/03/2025	0000000207	358600091493	TEST DE ANTIGENO CA 19-9	Det	0.00	0.00	300.00	0.00
19/03/2025	0000000207	358600091595	PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVA	Det	0.00	0.00	4,500.00	0.00
19/03/2025	0000000207	358600091697	PEPTIDO C AUTOMATIZADO	Det	0.00	0.00	200.00	0.00
19/03/2025	0000000207	358600092098	REACTIVO COMPLEMENTO C3	Det	0.00	0.00	300.00	0.00

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000123

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/
582102 - Servicio De Patología Clínica								
19/03/2025	0000000207	358600092105	REACTIVO COMPLEMENTO C4	Det	0.00	0.00	300.00	0.00
19/03/2025	0000000207	358600092340	ANTICUERPO ANTITIROIDEO ANTITIROGLOBULINA METODO AUTOMATIZADO	Det	0.00	0.00	300.00	0.00
19/03/2025	0000000207	358600092356	ANTICUERPO ANTI VIH AUTOMATIZADO	Det	0.00	0.00	1,500.00	0.00
19/03/2025	0000000207	358600092675	ANTICUERPO ANTITIROIDEO ANTIPEROXIDASA METODO AUTOMATIZADO	Det	0.00	0.00	300.00	0.00
19/03/2025	0000000207	358600092677	ANTIESTREPTOLISINA "O"	Det	0.00	0.00	300.00	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