

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000058

UNIDAD EJECUTORA : 036 HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

NRO. IDENTIFICACIÓN : 000522

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/
01202004 - Servicio De Farmacia								
01/04/2025	0000000148	580500100007	FENITOINA SODICA 50mg/mL INY 2 mL	Unidad	0.00	0.00	2,500.00	0.00
01/04/2025	0000000148	583100070001	CARVEDILOL 12.5 mg TAB	Emp X 500	0.00	0.00	2,000.00	0.00
01/04/2025	0000000148	583100300002	NIFEDIPINO 30 mg TAB LM	Unidad	0.00	0.00	30,000.00	0.00
01/04/2025	0000000148	583100330002	ENALAPRIL MALEATO 20 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	20,000.00	0.00
01/04/2025	0000000148	583700010002	FUROSEMIDA 40 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	20,000.00	0.00
01/04/2025	0000000148	583700030001	HIDROCLOROTIAZIDA 25 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	25,000.00	0.00
01/04/2025	0000000149	580700160006	BENZATINA BENCILPENICILINA 2400000 UI INY CON DILUYENTE	Unidad	0.00	0.00	120.00	0.00
01/04/2025	0000000150	580500140002	MAGNESIO SULFATO 200 mg/mL INY 10 mL	Unidad	0.00	0.00	2,400.00	0.00
01/04/2025	0000000150	587300040002	TIAMAZOL 20 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	13,300.00	0.00
02/04/2025	0000000152	584800660002	CLOZAPINA 100 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	20,000.00	0.00

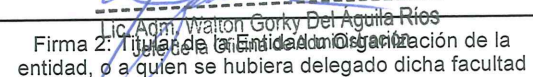
- 1/ La información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público u organización de la entidad.
- 2/ La información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado 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