

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000389

UNIDAD EJECUTORA : 401 REGION CALLAO - HOSPITAL DANIELA. CARRION
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001317

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Item N.-	Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES				
					EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN		
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	
21.01 - Departamento De Patología Clínica Y Anatomía Patológica									
26/05/2025	0000000379	351100020608	CREATINA FOSFOQUINASA CPK-MB	Det	0.00	0.00	1,400.00	0.00	
26/05/2025	0000000379	351100020865	HORMONA GONADOTROPINA (HCG) METODO AUTOMATIZADO	Det	0.00	0.00	1,400.00	0.00	
26/05/2025	0000000379	351100020845	TROPONINA I QUIMIOLUMINISCENCIA X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	2,400.00	0.00	
26/05/2025	0000000379	355100020067	HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 5 ESTIRPES	Det	0.00	0.00	120,000.00	0.00	
26/05/2025	0000000379	3586000093375	PROCALCITONINA QUIMIOLUMINISCENCIA	Det	0.00	0.00	2,400.00	0.00	
26/05/2025	0000000379	495700150003	BOLSA COLECTORA DE SANGRE X 450 mL	Unidad	0.00	0.00	8,400.00	0.00	
26/05/2025	0000000388	512000150484	FRASCO DE HEMOCULTIVO PARA AEROBIOS ADULTO	Unidad	0.00	0.00	5,500.00	0.00	
26/05/2025	0000000388	512000150486	FRASCO DE HEMOCULTIVO PARA ANAEROBIOS PEDIATRICO	Unidad	0.00	0.00	2,200.00	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:



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION

CPC: LUISA MARINA TORRES GUERRA
DIRECTORA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN

Firma 1: Responsable de la Oficina de Logística

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