

APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000104

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.								
04/02/2026	0000000141	580700100009	AMOXICILINA 250 mg/5 mL SUS 60 mL	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00
04/02/2026	0000000142	580700090007	AMPICILINA SODICA 1 g INY	Unidad	0.00	0.00	1,000.00	0.00
04/02/2026	0000000143	580400170003	ATROPINA SULFATO 1 mg/mL INY 1 mL	Unidad	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.
- 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 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, se suscribe:

Firma 1: Responsable de la Oficina de Abastecimiento

Firma 2: Máxima autoridad administrativa de la Entidad del Sector Público, o a quien se hubiera delegado dicha facultad