

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000577

UNIDAD EJECUTORA : 405 HOSPITAL CHANCAY Y SERVICIOS BASICOS DE SALUD
 NRO. IDENTIFICACIÓN : 001290

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Item N.-	Descripción del ítem	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		CANTIDAD Y/O VALORES		Valor Total S/
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	
4803011103 - Servicio De Farmacia									
15/10/2024	0000000631	495100400069	JUEGO DE TROCAR PARA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE 10 mm DE DIÁMETRO DESCARTABLE X 7 PI	Unidad	2.00	0.00	0.00	0.00	0.00
15/10/2024	0000000631	495700540024	SONDA VESICAL 2 VIAS DESCARTABLE N° 16	Unidad	0.00	0.00	50.00	0.00	0.00
15/10/2024	0000000631	580100080004	PROPOFOL 10 mg/mL (1 %) INY 20 mL	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00	0.00
15/10/2024	0000000631	580100150001	KETAMINA (COMO CLORHIDRATO) 50 mg/mL INY 10 mL	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00	0.00
15/10/2024	0000000631	580200430007	IBUPROFENO 100 mg/5 mL SUS 60 mL	Unidad	0.00	0.00	400.00	0.00	0.00
15/10/2024	0000000631	580200460002	PARACETAMOL 100 mg/mL SOL 10 mL	Unidad	0.00	0.00	800.00	0.00	0.00
15/10/2024	0000000631	580200460006	PARACETAMOL 120 mg/5 mL JBE 60 mL	Unidad	0.00	0.00	2,100.00	0.00	0.00
15/10/2024	0000000631	580300180006	CLORFENAMINA MALEATO 2 mg/5 mL JBE 120 mL	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00	0.00
15/10/2024	0000000631	580500110003	FENOBARBITAL 100 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00	0.00
15/10/2024	0000000631	580600040001	ALBENDAZOL 200 mg TAB	Unidad	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00
15/10/2024	0000000631	580700160001	BENZATINA BENICILPENICILINA 1200000 UI INY CON DILUYENTE	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
15/10/2024	0000000631	580800180002	CEFALEXINA 250 mg/5 mL SUS 60 mL	Unidad	150.00	0.00	34.00	0.00	0.00
15/10/2024	0000000631	582800230005	FERROSO SULFATO 25 mg de Fe/mL SOL 30 mL	Unidad	0.00	0.00	153.00	0.00	0.00
15/10/2024	0000000631	582800250001	ACIDO FOLICO 500 µg (0.5 mg) TAB	Unidad	56,860.00	0.00	0.00	0.00	0.00
15/10/2024	0000000631	583100050001	BISOPROLOL FUMARATO 5 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
15/10/2024	0000000631	583200090003	GEMFIBROZIL 600 MG TAB	Unidad	0.00	0.00	10,000.00	0.00	0.00
15/10/2024	0000000631	583600190041	YODO POVIDONA (ESPUMA) 7.5 g/100 mL SOLUCIÓN 120 mL	Unidad	0.00	0.00	10,000.00	0.00	0.00
15/10/2024	0000000631	583600190042	YODO POVIDONA 10 g/100 mL (10 %) SOL 120 mL	Unidad	600.00	0.00	0.00	0.00	0.00
15/10/2024	0000000631	583800730003	BISMUTO SUBSALICILATO 87.33 MG/5 ML SUS 150 ML	Unidad	0.00	0.00	700.00	0.00	0.00
15/10/2024	0000000631	583800800021	LACTULOSA 3.3 g/5 mL SOL 180 mL	Unidad	0.00	0.00	1,000.00	0.00	0.00
15/10/2024	0000000631	584000170001	GLIBENCLAMIDA 5 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	600.00	0.00	0.00
15/10/2024	0000000631	584400670004	CIPROFLOXACINO (COMO CLORHIDRATO) 3 mg/mL (0.3 %) SOL OFT 5 mL	Unidad	23,999.00	0.00	0.00	0.00	0.00
15/10/2024	0000000631	584800620007	HALOPERIDOL 2 mg/mL SOL 20 mL	Unidad	0.00	0.00	150.00	0.00	0.00
15/10/2024	0000000631	585100130002	SALES DE REHIDRATACION ORAL (FORMULA OMS: 20.5 g/L) PLV	Unidad	0.00	0.00	80.00	0.00	0.00
							42.00		0.00


ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000577

UNIDAD EJECUTORA : 405 HOSPITAL CHANCAY Y SERVICIOS BASICOS DE SALUD
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001290

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Item N.-	Descripción del ítem	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
15/10/2024	0000000631	587100070005	PREDNISONA 5 mg/5 mL JBE 120 mL	Unidad	0.00	0.00	750.00	0.00

4803011103 - Servicio De Farmacia

- 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 DE LIMA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL DE CHANCAY Y SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD
C.P. EDSON CHINCHAY REYES
Jefe de la Unidad de Logística

Firma 1: Responsable del Área involucrada en la gestión de la CAP


GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL DE CHANCAY Y SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD
Dra. Luzmila Alzamora Anampa
Directora Administrativa del Hospital de Chancay y SIS

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