

**ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000435**

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

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Item N.-	Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
					EXCLUSIÓN	INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN	INCLUSIÓN
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
<b>4803011103 - Servicio De Farmacia</b>								
08/08/2024	0000000483	580100210010	LIDOCAINA CLORHIDRATO 2 g/100 g GEL 10 g	Unidad	0.00	0.00	600.00	0.00
08/08/2024	0000000483	580300200002	LORATADINA 5 mg/5 mL JBE 60 mL	Unidad	0.00	0.00	1,000.00	0.00
08/08/2024	0000000483	583300110001	ACIDO FUSIDICO 2 g/100 g (2%) CRM 15 g	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
08/08/2024	0000000483	583300520002	MUPIROICINA (COMO SAL CALCICA) 2 g/100 g (2%) CRM 15 g	Unidad	0.00	0.00	300.00	0.00
08/08/2024	0000000483	583800660004	SODIO FOSFATO DIBASICO + SODIO FOSFATO MONOBASICO 6 g +16 g/100 mL SOL. RECTAL 133 mL	Unidad	0.00	0.00	300.00	0.00
08/08/2024	0000000483	585100130002	SALES DE REHIDRATACION ORAL (FÓRMULA OMS: 20.5 g/L) PLV	Unidad	0.00	0.00	300.00	0.00
08/08/2024	0000000483	585300900008	FLUTICASONA PROPIONATO + SALMETEROL (COMO XINAFOATO) 250 µg + 25 µg/DOSIS AER 120 DOS Unidad	Unidad	0.00	0.00	83.00	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 DE LIMA**  
**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD**  
 Hospital de Especialidades y Servicios de Atención Especializada

  
**GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**  
**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD**  
 Hospital de Especialidades y Servicios de Atención Especializada

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