


ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000589

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		INCLUSIÓN	Valor Total S/
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/		
4803011103 - Servicio De Farmacia										
17/10/2024	0000000657	583700030001	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG TAB	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	6,000.00	0.00
17/10/2024	0000000657	583700040002	ESPIRONOLACTONA 100 MG TAB	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	800.00	0.00
17/10/2024	0000000657	583800720002	RANITIDINA (COMO CLORHIDRATO) 300 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	2,800.00	0.00
17/10/2024	0000000657	583800810005	ESCOPOLAMINA N-BUTILBROMURO 10 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	5,000.00	0.00
17/10/2024	0000000657	584000170001	GLIBENCLAMIDA 5 mg TAB	Unidad	30,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
17/10/2024	0000000657	584000180001	METFORMINA CLORHIDRATO 850 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	40,000.00	0.00
17/10/2024	0000000657	584800620005	HALOPERIDOL 5 mg/mL INY 1 mL	Unidad	200.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
17/10/2024	0000000657	584900310001	AMITRIPTILINA CLORHIDRATO 25 mg TAB	Unidad	1,600.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
17/10/2024	0000000657	584900320001	FLUOXETINA (COMO CLORHIDRATO) 20 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	6,000.00	0.00
17/10/2024	0000000657	585200180009	PIRIDOXINA CLORHIDRATO 50 MG TAB	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	499.00	0.00
17/10/2024	0000000657	585300900008	FLUTICASONA PROPIONATO + SALMETEROL (COMO XINAFOATO) 250 µg + 25 µg/DOSIS AER 120 DOSES	Unidad	200.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
17/10/2024	0000000657	585900520001	TAMSULOSINA 400 µg (0.4 mg) TAB	Unidad	20,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
17/10/2024	0000000657	586300010003	ORFENADRINA CITRATO 100 mg TAB	Tableta	0.00	0.00	0.00	0.00	7,000.00	0.00
17/10/2024	0000000657	587100030005	DEXAMETASONA 4 MG TAB	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	1,400.00	0.00
17/10/2024	0000000657	587100070001	PREDNISONA 5 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	3,000.00	0.00
17/10/2024	0000000657	587300010002	LEVOTIROXINA SODICA 100 µg (0.1 mg) TAB	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	28,000.00	0.00
17/10/2024	0000000657	587300010004	LEVOTIROXINA SODICA 50 µg TAB	Unidad	0.00	0.00	0.00	0.00	7,000.00	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:


GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL DE CHANCAY PARR. Dr. Alfonso Moreno Espinoza
C.P.C. ROMÁN EDSON CHINCHAY REYES
Jefe de la Unidad de Logística


GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL DE CHANCAY PARR. Dr. Rodrigo Alcoba Lopez
Firma 2: Titular de la Entidad u Organización de la entidad, o a quien se hubiera delegado dicha facultad

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