

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000101

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

Fecha de Solicitud			Código Item N - de Solicitud de Modificación	Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
N° de Solicitud de Modificación		EXCLUSIÓN				INCLUSIÓN			
		Cantidad Total				Valor Total \$/	Cantidad Total	Valor Total \$/	
15471401 - Area De Laboratorio									
16/04/2025	0000000109	351100020006	BILIRRUBINA TOTAL	Det	0,00	0,00	2,00	0,00	
16/04/2025	0000000109	351100020009	BILIRRUBINA DIRECTA	Det	0,00	0,00	2,00	0,00	
16/04/2025	0000000109	351100020029	COLESTEROL HDL	Det	0,00	0,00	20,00	0,00	
16/04/2025	0000000109	351100020101	ALBUMINA	Det	0,00	0,00	2,00	0,00	
16/04/2025	0000000109	351100020104	AMILASA	Det	0,00	0,00	6,00	0,00	
16/04/2025	0000000109	351100020138	CREATININA CINETICA AUTOMATIZADA	Det	0,00	0,00	10,00	0,00	
16/04/2025	0000000109	351100020139	DESHIDROGENASA LACTICA	Det	0,00	0,00	5,00	0,00	
16/04/2025	0000000109	351100020147	FOSFATASA ALCALINA	Det	0,00	0,00	25,00	0,00	
16/04/2025	0000000109	351100020153	GLUCOSA ENZIMATICA	Det	0,00	0,00	10,00	0,00	
16/04/2025	0000000109	351100020168	PROTEINAS TOTALES	Det	0,00	0,00	2,00	0,00	
16/04/2025	0000000109	351100020184	TRIGLICERIDOS ENZIMATICO	Det	0,00	0,00	20,00	0,00	
16/04/2025	0000000109	351100020258	UREA CINETICA	Det	0,00	0,00	20,00	0,00	
16/04/2025	0000000109	351100020399	TIRA REACTIVA PARA ORINA DE 11 PARAMETROS X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0,00	0,00	20,00	0,00	
16/04/2025	0000000109	354700010016	GRUPO SANGUINEO (ANTI A-B-D FACTOR RH) X 10 mL (KIT)	Unidad	0,00	0,00	15,00	0,00	
16/04/2025	0000000109	355100020012	DOSAJE DE TIEMPO DE PROTROMBINA	Unidad	0,00	0,00	12,00	0,00	
16/04/2025	0000000109	355100020013	FIBRINOGENO	Unidad	0,00	0,00	5,00	0,00	
16/04/2025	0000000109	355100020032	DOSAJE DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADO	Unidad	0,00	0,00	10,00	0,00	
16/04/2025	0000000109	355100020067	HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 5 ESTIRPES	Det	0,00	0,00	20,00	0,00	
16/04/2025	0000000109	358600090573	GLUCOSA AUTOMATIZADA	Unidad	0,00	0,00	20,00	0,00	
16/04/2025	0000000109	358600090576	HEMOGLOBINA GLICOSILADA	Det	0,00	0,00	2,00	0,00	

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000101

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código ítem N.º	Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
					EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
16/04/2025	0000000109	358600092119	PRUEBA RAPIDA PARA HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE	Det	0,00	0,00	20,00	0,00

15471401 - Area De Laboratorio

- 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 sólo 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 CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

Lic. Arim. Luis Andrés Bravo Parque

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