

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000104

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

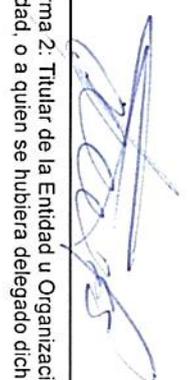
Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Item N.-	Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
					EXCLUSIÓN	INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN	INCLUSIÓN
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
15471502 - Área De Farmacia								
21/04/2025	0000000115	495700790001	VENDA DE YESO 4 in X 5 yd	Unidad	0,00	0,00	50,00	0,00
21/04/2025	0000000115	495700790002	VENDA DE YESO 6 in X 5 yd	Unidad	0,00	0,00	50,00	0,00
21/04/2025	0000000115	495700790003	VENDA DE YESO 8 in X 5 yd	Unidad	0,00	0,00	50,00	0,00
21/04/2025	0000000115	495701010031	TUBO OROFARINGEO N° 3	Unidad	0,00	0,00	10,00	0,00
21/04/2025	0000000115	495701010032	TUBO OROFARINGEO N° 4	Unidad	0,00	0,00	50,00	0,00
21/04/2025	0000000115	495701010033	TUBO OROFARINGEO N° 5	Unidad	0,00	0,00	10,00	0,00
21/04/2025	0000000115	495701160041	CLIP DE TITANIO ML X 6	Unidad	0,00	0,00	80,00	0,00
21/04/2025	0000000115	495701270003	DETERGENTE ENZIMATICO PARA DESINFECCION DE INSTRUMENTAL MEDICO.	Galon	0,00	0,00	12,00	0,00
21/04/2025	0000000115	495701280024	TUBO DE DRENAJE PEN ROSE 1 1/2 in X 18 in	Unidad	0,00	0,00	3,00	0,00
21/04/2025	0000000115	495701360348	SUTURA NAILON AZUL MONOFILAMENTO 3/0 C/A 1/2 CIRCULO CORTANTE 35 mm X 75 cm	Unidad	0,00	0,00	480,00	0,00
21/04/2025	0000000115	495701360397	SUTURA NAILON AZUL MONOFILAMENTO 5/0 C/A 1/2 CIRCULO CORTANTE 15 mm X 75 cm	Unidad	0,00	0,00	48,00	0,00
21/04/2025	0000000115	495701440106	SET COMPLETO DE TUBOS CORRUGADOS Y ACCESORIOS PEDIATRICO PARA EQUIPO DE ANESTESIA	Unidad	0,00	0,00	5,00	0,00
21/04/2025	0000000115	495701440107	SET COMPLETO DE TUBOS CORRUGADOS Y ACCESORIOS ADULTO PARA EQUIPO DE ANESTESIA	Unidad	0,00	0,00	5,00	0,00
21/04/2025	0000000115	495701570018	AGUA ESPINAL DESCARTABLE 27 G X 3 1/2 in	Unidad	0,00	0,00	100,00	0,00
21/04/2025	0000000115	512000150737	FRASCO COLECTOR PARA MUESTRA DE ORINA CON TAPA 100 mL	Unidad	0,00	0,00	2.000,00	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 CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD O.F.I.C.O.
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR


Lic. Adm. Luis Andrés Bravo Parque
M-49176/2018

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