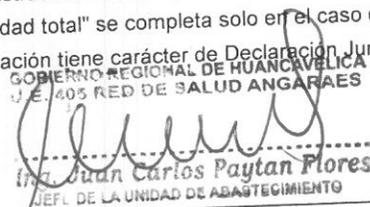


ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000077

UNIDAD EJECUTORA : 405 UNIDAD EJECUTORA 405 RED DE SALUD ANGARAES
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001647

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Ítem N.-	Descripción del Ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
					EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
				Unidad	169.00	0.00	0.00	0.00
3943 - Hospital Lircay								
04/04/2024	0000000155	470300010183	TARJETA DE SEGUIMIENTO INTEGRAL DEL NIÑO Y NIÑA DE 0 A 9 AÑOS					

- 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:


JUAN CARLOS PAYTAN FLORES
JEFE DE LA UNIDAD DE ABASTECIMIENTO

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


EMER SARAVIN GOMEZ
DIRECTOR

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

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000078

UNIDAD EJECUTORA : 405 UNIDAD EJECUTORA 405 RED DE SALUD ANGARAES
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001647

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Ítem N.-	Descripción del Ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES				
					EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN		
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	
1.6.4 - Unidad De Medicamentos, Insumos Y Drogas					Unidad	108.00	0.00	0.00	0.00
17/05/2024	0000000721	581300030009	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 200 mg + 40 mg/5 mL SUS 60 mL	Unidad	18,730.00	0.00	0.00	0.00	
17/05/2024	0000000724	582800230008	FERROSO SULFATO 300 mg (equiv. 60 mg Fe) TAB	Unidad	32.00	0.00	0.00	0.00	
17/05/2024	0000000731	585100070013	DEXTROSA 10 g/100 mL (10 %) INY 1 L	Unidad	138.00	0.00	0.00	0.00	
17/05/2024	0000000732	585000510002	DEXTROMETORFANO BROMHIDRATO 15 mg/5 mL JBE 120 mL	Unidad	43.00	0.00	0.00	0.00	
17/05/2024	0000000733	585000510002	DEXTROMETORFANO BROMHIDRATO 15 mg/5 mL JBE 120 mL	Unidad	16.00	0.00	0.00	0.00	
17/05/2024	0000000734	583000510001	ETILEFRINA 10 mg/mL INY 1 mL	Unidad	68.00	0.00	0.00	0.00	
17/05/2024	0000000735	586700010001	NEOSTIGMINA METILSULFATO 500 µg/mL INY 1 mL	Unidad	325.00	0.00	0.00	0.00	
17/05/2024	0000000736	580200430007	IBUPROFENO 100 mg/5 mL SUS 60 mL	Unidad	373.00	0.00	0.00	0.00	
17/05/2024	0000000740	580700150007	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO (COMO SAL POTASICA) 500 mg + 125 mg TAB	Unidad					

- 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 HUANCAYELICA
U.E. 405 RED DE SALUD ANGARAES

Ing. Juan Carlos Paytan Flores
JEFE DE LA UNIDAD DE ABASTECIMIENTO

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



GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAYELICA
RED DE SALUD ANGARAES

Elmer Saravia Gomez
Firma 2: Titular de la Entidad u Organización de la entidad, o a quien se hubiera delegado dicha facultad