

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000600

UNIDAD EJECUTORA : 402 REGION LORETO-SALUD HOSPITAL DE APOYO IQUITOS

NRO. IDENTIFICACIÓN : 000872

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/
0117 - Departamento De Anestesiología Y Centro Quirurgico								
14/10/2024	0000001040	495700410076	MASCARILLA DESCARTABLE QUIRURGICA 3 PLIEGUES	Unidad	0.00	0.00	3,000.00	0.00
14/10/2024	0000001040	495700960012	PAPEL CREPADO 90 cm X 90 cm X 250	Unidad	0.00	0.00	20.00	0.00
14/10/2024	0000001040	583600190038	YODO POVIDONA 10 g/100 mL (10 %) SOL 1 L	Unidad	0.00	0.00	120.00	0.00
0118 - Departamento De Patología Clínica Y Anatomía Patológica								
14/10/2024	0000001032	355100020012	DOSAJE DE TIEMPO DE PROTROMBINA	Det	0.00	0.00	480.00	0.00
14/10/2024	0000001032	355100020014	DOSAJE DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	Det	0.00	0.00	480.00	0.00
14/10/2024	0000001034	354700010016	GRUPO SANGUINEO (ANTI A-B-D FACTOR RH) X 10 ML (KIT)	Unidad	0.00	0.00	30.00	0.00
14/10/2024	0000001036	512000281323	CARTUCHO PARA ANALIZADOR DE GASES ARTERIALES Y ELECTROLITOS	Unidad	0.00	0.00	125.00	0.00
0119 - Departamento De Diagnostico Por Imagenes								
14/10/2024	0000001035	512000330043	PELICULA RADIOGRAFICA LASER 14 in X 17 in X 125	Unidad	0.00	0.00	5.00	0.00
14/10/2024	0000001035	512000330089	PELICULA RADIOGRAFICA LASER 8 in X 10 in X 125	Unidad	0.00	0.00	5.00	0.00
14/10/2024	0000001035	512000330094	PELICULA RADIOGRAFICA LASER 10 in X 12 in X 125	Unidad	0.00	0.00	5.00	0.00
012003 - Servicio De Farmacia								
14/10/2024	0000001039	587500050002	SOLUCIONES PARA NUTRICION PARENTERAL INY 500 mL	Unidad	0.00	0.00	21.00	0.00
14/10/2024	0000001043	580100200001	BUPIVACAINA CLORHIDRATO (SIN PRESERVANTES) 5 mg/mL (0.5 %) INY 20 mL	Unidad	0.00	0.00	350.00	0.00
14/10/2024	0000001043	580500100004	FENITOINA SODICA 100 MG/5 ML SUS 120 ML	Unidad	0.00	0.00	15.00	0.00
14/10/2024	0000001043	580800180002	CEFALEXINA 250 mg/5 mL SUS 60 mL	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
14/10/2024	0000001043	582800020002	ACIDO TRANEXAMICO 250 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	800.00	0.00
14/10/2024	0000001043	583100070002	CARVEDILOL 25 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	600.00	0.00
14/10/2024	0000001043	583800750001	DIMENHIDRINATO 50 MG INY 5 ML	Unidad	0.00	0.00	10,000.00	0.00
14/10/2024	0000001043	585000360004	BUDESONIDA 200 µg/DOSIS AER 200 DOSIS	Unidad	0.00	0.00	25.00	0.00
14/10/2024	0000001043	585200180007	PIRIDOXINA CLORHIDRATO 100 MG/ML INY 3 ML	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
14/10/2024	0000001043	585200200001	CALCIO CARBONATO 1.25 g (Equiv. a 500 mg de Ca) TAB	Unidad	0.00	0.00	4,000.00	0.00
14/10/2024	0000001043	585200260003	CALCITRIOL 0.25 ug TAB	Unidad	0.00	0.00	400.00	0.00
14/10/2024	0000001043	587100050001	PREDNISOLONA 5 MG TAB	Unidad	0.00	0.00	3,500.00	0.00
14/10/2024	0000001044	583000540001	DOBUTAMINA (COMO CLORHIDRATO) 250 mg/20 mL INY 20 mL	Unidad	0.00	0.00	348.00	0.00
14/10/2024	0000001044	583100300001	NIFEDIPINO 10 MG TAB	Unidad	0.00	0.00	120.00	0.00
14/10/2024	0000001044	584500020003	ERGOMETRINA MALEATO 200 µg/mL (0.2 mg/mL) INY 1 mL	Unidad	0.00	0.00	240.00	0.00
14/10/2024	0000001044	584900300007	MIDAZOLAM (COMO CLORHIDRATO) 50 mg INY 10 mL	Unidad	0.00	0.00	648.00	0.00

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000600

UNIDAD EJECUTORA : 402 REGION LORETO-SALUD HOSPITAL DE APOYO IQUITOS
 NRO. IDENTIFICACIÓN : 000872

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Item N.-	Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
					EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
				Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	
14/10/2024	0000001044	587000030001	BROMURO DE ROCURONIO 10 mg/mL INY 5 mL	Unidad	0.00	0.00	290.00	0.00
012003 - Servicio De Farmacia								

- 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 DEL LORETO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL DE APOYO DE SAN CARLOS GARCIA
 Jefe de la Unidad de Logística

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

GOBIERNO REGIONAL DEL LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL IQUITO "CESAR GARCIA GARCIA"
M.C. CARLOS ALBERTO CORAL GONZALES
 Director Ejecutivo (e)
 C.M.P. N° 030488

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