

## ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000003

UNIDAD EJECUTORA : 401 REGION LIMA - HOSP. HUACHO-HUaura-OYON Y SERV. BASICOS DE SALUD

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001286

Fecha de Solicitud	Nº 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/

### 52029 - Departamento De Farmacia

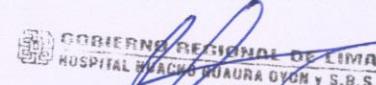
06/02/2024	0000000009	587100070009	PREDNISONA 20 mg TAB	Unidad	0	0.00	2,000	0.00
06/02/2024	0000000009	587200020001	MEROPENEM 500 mg INY	Unidad	0	0.00	750	0.00
06/02/2024	0000000009	587200030001	CILASTATINA + IMIPENEM (COMO SAL SODICA) 500 mg + 500 mg INY	Unidad	0	0.00	600	0.00
06/02/2024	0000000009	587300010002	LEVOTIROXINA SODICA 100 µg (0.1 mg) TAB	Unidad	0	0.00	5,000	0.00
06/02/2024	0000000009	587300040001	TIAMAZOL 5 MG TAB	Unidad	0	0.00	900	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.

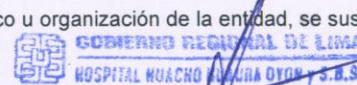
2/ La información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.

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:



C.P.C. JUAN HECTOR TORRES UREÑA  
Firma 1: Responsable del Área involucrada en la gestión de la CAP



C.P.C. JUAN CARLOS MAREZ SALAZAR  
Firma 2: Titular de la Entidad u Organización de la entidad, o a quien se hubiera delegado dicha facultad