

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000027

UNIDAD EJECUTORA : 400 DIRECCION REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA

NRO. IDENTIFICACIÓN : 000785

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/
4466 - De Apoyo Celendin								
09/04/2024	0000001415	583800220045	SIMETICONA 80 mg/mL SUS 15 mL	Unidad	0.00	0.00	6,000.00	0.00
10/04/2024	0000001425	580200470003	DICLOFENACO SODICO 25 mg/mL INY 3 mL	Unidad	0.00	0.00	40,000.00	0.00
10/04/2024	0000001426	580800240002	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INY	Unidad	0.00	0.00	15,000.00	0.00
10/04/2024	0000001427	583600220010	CLORHEXIDINA 2 G/100 ML SOL 1 L	Unidad	0.00	0.00	150.00	0.00
10/04/2024	0000001428	580400170003	ATROPINA SULFATO 1 mg/mL INY 1 mL	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
10/04/2024	0000001441	584000170001	GLIBENCLAMIDA 5 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	50,000.00	0.00
10/04/2024	0000001442	582800250001	ACIDO FOLICO 500 µg (0.5 mg) TAB	Unidad	0.00	0.00	20,000.00	0.00
10/04/2024	0000001444	587100030001	DEXAMETASONA FOSFATO (COMO SAL SODICA) 4 mg/2 mL INY 2 mL	Unidad	0.00	0.00	40,000.00	0.00
10/04/2024	0000001445	583800400001	MISOPROSTOL 200 µg TAB	Unidad	0.00	0.00	800.00	0.00
10/04/2024	0000001446	139000030010	CEPILLO DENTAL PARA ADULTO (MEDIO)	Unidad	0.00	0.00	8,000.00	0.00
10/04/2024	0000001447	139000030021	CEPILLO DENTAL PARA NIÑO CERDA SUAVE	Unidad	0.00	0.00	8,000.00	0.00
10/04/2024	0000001448	139200020015	PASTA DENTÍFRICA X 90 g	Unidad	0.00	0.00	16,000.00	0.00
11/04/2024	0000001459	582400320003	ACICLOVIR 200 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	7,000.00	0.00
11/04/2024	0000001460	587100030006	DEXAMETASONA 500 µg (0.5 mg) TAB	Unidad	0.00	0.00	15,000.00	0.00
11/04/2024	0000001461	582600890001	AZATIOPRINA 50 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	900.00	0.00
11/04/2024	0000001462	581300030012	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 400 mg + 80 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	12,000.00	0.00
11/04/2024	0000001464	583800760002	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 5 mg/mL INY 2 mL	Unidad	0.00	0.00	4,000.00	0.00
11/04/2024	0000001465	580500140002	MAGNESIO SULFATO 200 mg/mL INY 10 mL	Unidad	0.00	0.00	1,000.00	0.00
11/04/2024	0000001466	583800750003	DIMENHIDRINATO 50 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	50,000.00	0.00
11/04/2024	0000001467	583800720003	RANITIDINA (COMO CLORHIDRATO) 25 mg/mL INY 2 mL	Unidad	0.00	0.00	4,000.00	0.00
785020103 - Oficina De Comunicaciones								
11/04/2024	0000001472	071100435293	SERVICIO DE DIFUSION POR PERIFONEO	Servicio	0.00	0.00	0.00	7,500.00
785020301 - Oficina Ejecutiva De Gestion De Recursos Humanos								
11/04/2024	0000001468	071100386203	SERVICIO ESPECIALIZADO EN ASUNTOS LEGALES ADMINISTRATIVOS	Servicio	0.00	0.00	0.00	10,000.00
12/04/2024	0000001485	210100010010	SERVICIO DE DIGITACION	Servicio	0.00	0.00	0.00	6,000.00
78502050204 - No Transmisibles								
10/04/2024	0000001424	500100050561	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL	Servicio	0.00	0.00	0.00	8,000.00

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000027

UNIDAD EJECUTORA : 400 DIRECCION REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA

NRO. IDENTIFICACIÓN : 000785

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/
7850211 - Oficina De Epidemiología								
10/04/2024	0000001449	040100010008	SERVICIO DE COFFEE BREAK	Servicio	0.00	0.00	0.00	945.00

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:

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