

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000064

UNIDAD EJECUTORA : 008 INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGIA
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000124

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Item N.-	Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
					EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
07140201 - Departamento De Oftalmología Y Refracción								
25/04/2025	0000000160	580200460006	PARACETAMOL 120 mg/5 mL JBE 60 mL	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
25/04/2025	0000000160	580300180004	CLORFENAMINA MALEATO 4 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	1,000.00	0.00
25/04/2025	0000000160	584400430010	MOXIFLOXACINO 5 mg/mL (0.5%) SOL OFT 5 mL	Fco.	0.00	0.00	1,000.00	0.00
25/04/2025	0000000160	584400430027	SOLUCION SALINA BALANCEADA SOL 500 mL	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
25/04/2025	0000000160	584400460007	OLOPATADINA 2 mg/mL SOL OFT 5 mL	Unidad	0.00	0.00	2,500.00	0.00
25/04/2025	0000000160	584400620001	PILOCARPINA CLORHIDRATO 20 mg/mL SOL OFT 10 mL	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
25/04/2025	0000000160	584400780001	LOTEPREDNOL 5 mg/mL SUS OFT 5 mL	Unidad	0.00	0.00	1,500.00	0.00
25/04/2025	0000000160	584900300001	MIDAZOLAM (COMO CLORHIDRATO) 5 mg INY 5 mL	Unidad	0.00	0.00	300.00	0.00
25/04/2025	0000000160	585500270004	HIDROCORTISONA + OXITETRACICLINA + POLIMIXINA B 1 g + 500 mg + 1000000 UI/100 g UNG OFT 3.5	Unidad	0.00	0.00	1,000.00	0.00
25/04/2025	0000000160	585500270023	MOXIFLOXACINO 5 mg/mL (0.5%) + DEXAMETASONA 1 mg/mL (0.1%) SOL OFT 5 mL	Unidad	0.00	0.00	1,000.00	0.00
25/04/2025	0000000160	585701480001	VITAMINAS CON OTRAS COMBINACIONES TAB	Unidad	0.00	0.00	60,000.00	0.00
25/04/2025	0000000160	587100070009	PREDNISONA 20 mg TAB	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:


PERÚ Ministerio de Salud
INOF INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGIA
"Dr. Carlos Chabán Hagen"

ABG. WILFREDO ESPINOZA SANCHEZ
Jefe de la Oficina de Logística

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


PERÚ Ministerio de Salud
INOF INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGIA
"Dr. Carlos Chabán Hagen"

MAG. ARMANDO ALFREDO BLAS ZELADA
Director Ejecutivo
Oficina Ejecutiva de Administración

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