

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000101

UNIDAD EJECUTORA : 405 HOSPITAL CHANCA Y SERVICIOS BASICOS DE SALUD
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001290

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Item N.-	Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
					EXCLUSIÓN	INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN	INCLUSIÓN
					Cantidad Total	Valor Total \$/	Cantidad Total	Valor Total \$/
4803010701 - Servicio De Patología Clínica (laboratorio)								
17/04/2024	0000000103	511000260059	TUBO PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE CON SISTEMA DE VACIO DE POLIPROPILENO DE 3 mL CON UNIDAD		0.00	0.00	21,000.00	0.00
17/04/2024	0000000103	511000260070	TUBO PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE CON SISTEMA DE VACIO DE POLIPROPILENO DE 1.8 mL CON UNIDAD		0.00	0.00	700.00	0.00
17/04/2024	0000000103	511000260087	TUBO PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE CON SISTEMA DE VACIO DE POLIPROPILENO DE 2.7 mL CON UNIDAD		0.00	0.00	4,200.00	0.00
17/04/2024	0000000103	511000260095	TUBO PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE CON SISTEMA DE VACIO DE POLIPROPILENO DE 0.5 mL CON UNIDAD		0.00	0.00	600.00	0.00
17/04/2024	0000000103	511000260097	TUBO PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE CON SISTEMA DE VACIO DE POLIPROPILENO DE 5 mL CON UNIDAD		0.00	0.00	21,000.00	0.00
17/04/2024	0000000103	511000260145	TUBO PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE CON SISTEMA DE VACIO DE POLIPROPILENO 6 mL CON ACT UNIDAD		0.00	0.00	2,100.00	0.00
17/04/2024	0000000103	511000260149	TUBO PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE CON SISTEMA DE VACIO DE POLIPROPILENO 0.5 mL CON ET UNIDAD		0.00	0.00	3,500.00	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:


GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL DE CHANCA Y SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD

Firma 1: Responsable de la actividad/Unidad en la gestión de la CAP


GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL DE CHANCA Y SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD
Eber Luján C. E.L. 076/74
Director de la Oficina de Administración

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