ANEXO Nº 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES Nº 00000201

Fecha: 10/05/2024

Hora : 13:14:48 Página : 1 de 1

UNIDAD EJECUTORA : 405 HOSPITAL CHANCAY Y SERVICIOS BASICOS DE SALUD

NRO. IDENTIFICACIÓN: 001290

Solicitud	de de	Solicitud de Solicitud Codigo Item N	Descripción del Item	Unidad de		CANTIDAD Y/O VALORES	OVALORES	
	Modificación			Medida	EXCLUSIÓN	SIÓN	INCLUSIÓN	SIÓN
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
30301040	2 - Servicio I	4803010402 - Servicio De Obstetricia						
6/05/2024	06/05/2024 00000000213	139200100052	139200100052 JABON GERMICIDA LIQUIDO X 500 mL	Unidad	8 99	0.00	0.00	
S/OS/SOSA	0000000013	13000010000				0.00	0.00	0.00
420210010	000000000000000000000000000000000000000	138200100000	13920V 10000V JABON GERMIGIDA LIQUIDO A 230 ML	Unidad	1.99	0.00	0.00	0.00
6/05/2024	0000000213	139200100090	06/05/2024 0000000213 139200100090 JABON GERMICIDA LIQUIDO X 1 L	Unidad	0,00	0.00	73.00	0.00
6/05/2024	06/05/2024 0000000213	139200100127	139200100127 JABON GERMICIDA LIQUIDO CON TRICLOSAN X 800 mL	Unidad	0.00	0 00	81 00	0.00
6/05/2024	06/05/2024 00000000213	139200160323	139200160323 PAPEL TOALLA DOBLE HOJA INTERFOLIADO BLANCO X 200 HOJAS	Unidad	193 00	0 00	0.00) <u> </u>
6/05/2024	0000000213	139200160327	06/05/2024 0000000213 139200160327 PAPEL TOALLA HO.IA SIMPLE INTERFOLIATION REALIZED AND IAS		1			0.00
				CINCAC	7.78	0.00	0.00	0.00
6/05/2024	06/05/2024 00000000213	139200500001	139200500001 GELANTIBACTERIAL PARA MANOS X 1 LAPROX.	Unidad	0.00	0,00	4.00	0.00
6/05/2024	06/05/2024 0000000213	1392005000009	139200500009 GELANTIBACTERIAL PARA MANOS X 500 mL APROX	Unidad	6.96	0.00	0,00	0.00
5/05/2024	06/05/2024 00000000213		351000022267 PEROXIDO DE HIDROGENO 30 V X 1 L	Fco.	0.00	0.00	167.00	9

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. 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.

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:

THE DIRECTION REGIONAL DE LINA RECIONAL DE SALUD

Mtra. 1050 Elvina Contreras Falconi Firma 1: Responsable 68 Pare autroalucada en la capestión de la CAP

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