Versión 24.01.01.MCMN

ANEXO Nº 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES Nº 00000125

Fecha: 3/05/2024

Hora : 09:55:32

Página : 1 de 1

UNIDAD EJECUTORA : 405 HOSPITAL CHANCAY Y SERVICIOS BASICOS DE SALUD

NRO. IDENTIFICACIÓN: 001290

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud	Nº de Solicitud Codiĝo Item N	Descripción del Item	Unidad de		CANTIDAD Y/O VALORES	O VALORES	
	Modificación			Politiera	EXCLUSIÓN	SIÓN	INCLUSIÓN	SIÓN
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
480301040	3 - Servicio E	4803010403 - Servicio De Obstetrices						
29/04/2024	0000000148	317000030002	29/04/2024 0000000148 317000030002 MAQUETA DEL ORGANO REPRODUCTOR FEMENINO	Unidad	0.00	0.00	100	0.00
29/04/2024	29/04/2024 0000000148	317000030004	317000030004 MAQUETA DE SECCION MEDIA DE LA PELVIS FEMENINA	Unidad	000	0 00	3	2 6
20/04/2024	20/04/2024 0000000148	347000000000					1.00	0.00
10000		0 11 000000000	OF CONTROL OF CHECK STANDE CON INDICATO I BASE AURILICA	Unidad	0.00	0.00	1.00	0,00
29/04/2024	29/04/2024 0000000148	317500100114	317500100114 PALITO PARA GLOBO	Ciento	0.00	0.00	1.00	0.00
29/04/2024	29/04/2024 0000000148	317500100703	317500100703 GLOBO GRABADO	Ciento	0.00	0.00	100	000
29/04/2024	29/04/2024 0000000148	500100050561	500100050561 SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL	Servicio	0.00	000	000	00 99E
29/04/2024	29/04/2024 0000000148	501500030130	501500030130 SERVICIO DE EDICIÓN E IMPRESIONES	Servicio	0.00	0.00	0 0	5639.00
29/04/2024	29/04/2024 0000000148	701000040001	701000040001 SERVICIO DE FOTOCOPIADO A COLOR	Servicio	0 00	2	0 00	355 00
29/04/2024	29/04/2024 0000000148	716000040045	716000040045 LAPIZ NEGRO Nº 2 CON BORBADOS		2 !			300,00
3				טאונומט	0.00	0.00	157.00	0.00

^{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.

GOBIERNO REGIONAL DE IMAN

Firma 1: Responsable de l'Alexandre de la CAP

Fin Na extra part of the first of the control of th

EGIONAL DE SALUD

^{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: