

**ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000223**

UNIDAD EJECUTORA : 405 HOSPITAL CHANCAY Y SERVICIOS BASICOS DE SALUD  
 NRO. IDENTIFICACION : 001290

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Item N.-	Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
					EXCLUSIÓN	INCLUSIÓN		
				Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	
<b>4803011002 - Servicio De Emergencia Y Cuidado Críticos</b>								
26/03/2024	0000000037	493700142406	BRAZALETE CONTROL DE PRESION ARTERIAL NO INVASIVA ADULTO 17 cm - 25 cm PARA MONITOR ADULTO	Unidad	0.00	0.00	6.00	0.00
26/03/2024	0000000037	495100060012	ESTETOSCOPIO CLINICO ADULTO	Unidad	0.00	0.00	6.00	0.00
26/03/2024	0000000037	495100100023	TERMOMETRO ORAL Y AXILAR	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
26/03/2024	0000000037	495700070005	ALGODÓN HIDRÓFILO X 500 g	Pqte.	0.00	0.00	900.00	0.00
26/03/2024	0000000037	495700250126	ESPAPADRAPO IMPERMEABLE DE TELA 2 in X 10 yd	Unidad	0.00	0.00	600.00	0.00
26/03/2024	0000000037	495700280011	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA M	Unidad	0.00	0.00	360.00	0.00
26/03/2024	0000000037	495701410025	APOSITO HIDROCOLOIDE 15 cm X 15 cm	Unidad	0.00	0.00	36.00	0.00
26/03/2024	0000000037	495701430046	BOLSA DE REANIMACION DE OXIGENO PARA RESUCITADOR MANUAL PEDIATRICO	Unidad	0.00	0.00	5.00	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:



Miguel Rodríguez Contreras Fajardo

Firma 1: Responsable Del Área/Institución en la gestión de la CAP



Firma 2: Responsable Del Área/Institución u Organización de la entidad, o a quien se le haya delegado dicha facultad