


ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000079

UNIDAD EJECUTORA : 405 HOSPITAL CHANCA 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	EXCLUSIÓN	INCLUSIÓN
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
4803010701 - Servicio De Patología Clínica (laboratorio)								
18/04/2024	0000000107	350500030004	AGUA BIDESTILADA X 1 L	Unidad	0.00	0.00	525.00	0.00
18/04/2024	0000000107	350500030010	AGUA DESTILADA X 4 L	Unidad	0.00	0.00	420.00	0.00
18/04/2024	0000000107	358600091222	PRUEBA RAPIDA PARA VIH 1-2 X 30 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	1,800.00	0.00
18/04/2024	0000000107	358600091551	PRUEBA RAPIDA PARA HEPATITIS A IGM X 30 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	60.00	0.00
18/04/2024	0000000107	358600092182	PRUEBA RAPIDA DE ROTAVIRUS Y ADENOVIRUS X 25 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	240.00	0.00
18/04/2024	0000000107	358600092207	PRUEBA RAPIDA PARA HEPATITIS B HBEAG/HBSAG X 30 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	900.00	0.00
18/04/2024	0000000107	358600092345	HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE ELISA	Det	0.00	0.00	1,728.00	0.00
18/04/2024	0000000107	358600093570	HEPATITIS B ANTI CORE TOTAL MÉTODO ELISA	Det	0.00	0.00	60.00	0.00
18/04/2024	0000000107	767400062073	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA HP COD. REF. 83A CF283A NEGRO	Unidad	0.00	0.00	2.00	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 CHANCA Y SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD
 Mtra. *[Firma]* **Contreras Falconi**
Directora de la Unidad de Logística

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


GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL CHANCA Y SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD
 Mtro. *[Firma]* **Collos Amado Caceres**
Director de la Unidad de Organización de la Entidad

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