



## ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000247

UNIDAD EJECUTORA : 405 HOSPITAL CHANGAY 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		CANTIDAD Y/O VALORES	
					EXCLUSIÓN	INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN	INCLUSIÓN
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
<b>48010105 - Direccion Ejecutiva-hosp</b>								
23/05/2024	0000000288	890300020010	MUCHILLA DE TELA MALDON CON LOGOTIPO	Unidad	59.00	0.00	0.00	0.00
23/05/2024	0000000288	894400020057	GORRO DE DRIL TALLA L	Unidad	0.00	0.00	40.00	0.00
23/05/2024	0000000288	894400020139	GORRO DE DRIL UNISEX	Unidad	0.00	0.00	20.00	0.00
23/05/2024	0000000288	899600040867	PANTALÓN DE DRIL UNISEX	Unidad	0.00	0.00	20.00	0.00
23/05/2024	0000000288	899600070157	CHALECO DE DRIL UNISEX TALLA M COLOR AZUL	Unidad	0.00	0.00	20.00	0.00
23/05/2024	0000000288	899600070158	CHALECO DE DRIL UNISEX TALLA L COLOR AZUL	Unidad	36.00	0.00	0.00	0.00
23/05/2024	0000000288	899600080119	CAMISETA DE ALGODÓN MANGA LARGA TALLA L	Unidad	0.00	0.00	40.00	0.00
23/05/2024	0000000288	899600080120	CAMISETA DE ALGODÓN MANGA LARGA TALLA M	Unidad	0.00	0.00	42.00	0.00
23/05/2024	0000000288	899600080447	CAMISETA DE ALGODÓN MANGA CORTA CUELLO CAMISERO UNISEX	Unidad	0.00	0.00	20.00	0.00
23/05/2024	0000000288	899600150042	CASACA IMPERMEABLE CON FORRO POLAR UNISEX	Unidad	62.00	0.00	0.00	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**  
**AV. ALBERTO UGARRA 1007**  
**ALBERTO UGARRA 1007**

  
**GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**  
**DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA**  
**AV. ALBERTO UGARRA 1007**

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

Firma 2: Titular de la Organización de la entidad, o a quien se le ha delegado dicha facultad