

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000317

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/
4803011103 - Servicio De Farmacia								
21/06/2024	0000000362	495100100001	TERMOMETRO CLINICO ORAL	Unidad	0.00	0.00	1,200.00	0.00
21/06/2024	0000000362	495700480026	SONDA DE ASPIRACION ENDOTRAQUEAL N° 10	Unidad	0.00	0.00	50.00	0.00
21/06/2024	0000000362	495700670002	VENDA ELASTICA 4 in X 5 yd	Unidad	0.00	0.00	600.00	0.00
21/06/2024	0000000362	495700741996	JUEGO CIRCUITO CORRUGADO NEONATAL DESCARTABLE PARA VENTILADOR MECANICO	Unidad	0.00	0.00	20.00	0.00
21/06/2024	0000000362	495700742422	CIRCUITO COAXIAL DESCARTABLE ADULTO CON BOLSA 3 L Y LINEA DE CO2	Unidad	0.00	0.00	30.00	0.00
21/06/2024	0000000362	495701280039	TUBO DE DRENAJE PEN ROSE 1/4 in X 18 in	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
21/06/2024	0000000362	495701430021	BOLSA DE ASPIRACION DE SECRECIONES CVALVULA Y FILTRO ANTIBACTERIANO 1.5 L	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
21/06/2024	0000000362	497000020094	LAPIZ MONOPOLAR PARA ELECTROBISTURI	Unidad	0.00	0.00	400.00	0.00
21/06/2024	0000000362	497000020296	URINARIO DE POLIMERO MASCULINO (PAPAGAYO) ADULTO	Unidad	0.00	0.00	25.00	0.00
21/06/2024	0000000362	513000040192	PLACA DE RETORNO INDIFFERENTE ADULTO	Unidad	0.00	0.00	300.00	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
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD
 1st OF CHANCAY 1585 Jir. Huelgas, Alameda López

[Firma]

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

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
 HOSPITAL DE CHANCAY Y SERVID. Huelgas Alameda López

[Firma]

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