

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000002

UNIDAD EJECUTORA : 401 REGION LIMA - HOSP. HUACHO-HUAURA-OYON Y SERV. BASICOS DE SALUD

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001286

| Fecha de Solicitud | N° de Solicitud de Modificación | Código Ítem N.- | Descripción del Ítem | Unidad de Medida | CANTIDAD Y/O VALORES | | | |
|--|---------------------------------|-----------------|--|------------------|----------------------|----------------|----------------|----------------|
| | | | | | EXCLUSIÓN | | INCLUSIÓN | |
| | | | | | Cantidad Total | Valor Total S/ | Cantidad Total | Valor Total S/ |
| 5200305 - Unidad De Servicios Generales Y Mantenimiento | | | | | | | | |
| 01/02/2024 | 0000000003 | 606500260833 | MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE ESTERILIZADOR A BAJA TEMPERATURA | Servicio | 0 | 0.00 | 0 | 36,700.00 |
| 05/02/2024 | 0000000005 | 021200010013 | MEJORAMIENTO Y ACONDICIONAMIENTO DE LOS AMBIENTES | Servicio | 0 | 0.00 | 0 | 40,990.00 |
| 05/02/2024 | 0000000005 | 021200010025 | ACONDICIONAMIENTO DE LA UNIDAD DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS | Servicio | 0 | 0.00 | 0 | 41,000.00 |
| 52040 - Eess Salud Mental Y Cultura De Paz | | | | | | | | |
| 31/01/2024 | 0000000002 | 940500040027 | ALQUILER DE LOCAL | Servicio | 0 | 0.00 | 0 | 14,000.00 |


- 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
HOSPITAL HUACHO HUAURA OYON y S.B.S.

.....
C.P.C. JESUS HECTOR TORRES OTRERA

JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA

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

 GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
HOSPITAL HUACHO HUAURA OYON y S.B.S.

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

DIRECTOR OFICINA DE ADMINISTRACION