

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000059

UNIDAD EJECUTORA : 411 GOB.REG. PUNO - HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001435

| 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/ |
| 411.06.02 - Oficina De Recursos Humanos | | | | | | | | |
| 23/12/2024 | 0000000855 | 701000040008 | SERVICIO DE FOTOCOPIADO SIMPLE UNA CARA | Servicio | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 850.00 |
| 23/12/2024 | 0000000855 | 701000040009 | SERVICIO DE FOTOCOPIADO SIMPLE AMBAS CARAS | Servicio | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 400.00 |
| 411.06.05.01 - Area De Servicios Generales | | | | | | | | |
| 23/12/2024 | 0000000854 | 701000040008 | SERVICIO DE FOTOCOPIADO SIMPLE UNA CARA | Servicio | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 600.00 |
| 23/12/2024 | 0000000854 | 701000040009 | SERVICIO DE FOTOCOPIADO SIMPLE AMBAS CARAS | Servicio | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 400.00 |
| 411.11.02 - Servicio De Medicina De Especialidades | | | | | | | | |
| 23/12/2024 | 0000000852 | 070500030157 | SERVICIO DE HEMODIALISIS CRONICA | Servicio | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 1.00 |
| 411.23 - Departamento De Farmacia | | | | | | | | |
| 23/12/2024 | 0000000853 | 071100385250 | SERVICIO DE COORDINACIÓN DE GESTIÓN EN LA ATENCIÓN A ASEGURADOS | Servicio | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 100.00 |

- 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:



Lourdes A. Mamani
ENCARGADA DE AREA
AREA DE DEPARTAMENTO DE FARMACIA

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



Dr. Giovanni CALDERON MAMANI
CMP. 28704-RNE. 30840
DIRECTOR
HOSPITAL REGIONAL "MNU" - PUNO

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