

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000005

D EJECUTORA : 411 GOB.REG. PUNO - HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON

IDENTIFICACIÓN : 001435

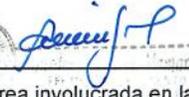
de ud	N° de Solicitud de Modificación	Código Ítem N.-	Descripción del Ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
					EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
- Departamento De Anestesiología Y Centro Quirugico								
025	000000043	512000210451	PAPEL TÉRMICO DE IMPRESIÓN PARA ESTERILIZADOR 112 mm X 25 m	Unidad	0.00	0.00	72.00	0.00
- Departamento De Diagnostico Por Imagenes								
025	000000045	701000040003	SERVICIO DE FOTOCOPIADO Y ANILLADO	Servicio	0.00	0.00	0.00	50.00
025	000000045	701000040008	SERVICIO DE FOTOCOPIADO SIMPLE UNA CARA	Servicio	0.00	0.00	0.00	450.00
025	000000046	091400010012	MUSLO DE POLLO	Klg	0.00	0.00	600.00	0.00
- Departamento De Farmacia								
025	000000044	495100133410	LINEA PROLONGADORA PARA DIALISIS PERITONEAL	Unidad	0.00	0.00	14.00	0.00
025	000000044	495700741928	OBTURADOR DESCARTABLE PARA PROLONGADOR DEL SISTEMA DE DIALISIS PERITONEAL	Unidad	0.00	0.00	10,080.00	0.00
025	000000044	584700050001	SOLUCION PARA DIALISIS PERITONEAL 2.5 % SOL 2 L	Unidad	0.00	0.00	6,840.00	0.00
025	000000044	584700050007	SOLUCION PARA DIALISIS PERITONEAL 4.25% SOL 2 L	Unidad	0.00	0.00	168.00	0.00
025	000000044	584700050010	SOLUCION PARA DIALISIS PERITONEAL 1.5% SOL 2 L	Unidad	0.00	0.00	3,240.00	0.00

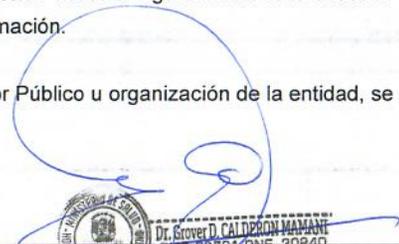
formación registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público u organización de la entidad.

formación registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.

mpo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.

esente 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:


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



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