

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000106

UNIDAD EJECUTORA : 400 DIRECCION REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000785

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/
10460 - Laboratorio De Referencia Regional De Salud Publica								
26/09/2024	0000006386	351100020158	GLUCOSA ENZIMATICA X 100 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	43.00	0.00
26/09/2024	0000006386	351100020257	PROTEINA EN ORINA Y/O LCR	Det	0.00	0.00	1,500.00	0.00
26/09/2024	0000006386	351100020258	UREA CINETICA	Det	0.00	0.00	1,641.00	0.00
29734 - Sistema De Atencion Movil De Urgencia Cajamarca - Samu								
07/10/2024	0000006489	500100050561	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL	Servicio	0.00	0.00	0.00	6,060.00
785020103 - Oficina De Comunicaciones								
09/10/2024	0000006491	500100050561	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL	Servicio	0.00	0.00	0.00	3,650.00
78502050206 - Metaxenicas								
25/09/2024	0000006359	071100436648	SERVICIO DE CONTROL EN LA VIGILANCIA Y CONTROL VECTORIAL	Servicio	0.00	0.00	0.00	27,300.00
78502050208 - Prevencion Y Control Del Cancer								
04/10/2024	0000006488	040100010001	SERVICIO DE ALIMENTACION DE PERSONAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	1,090.00
7850214 - Centro De Prevencion Y Control De Emergencias Y Desastres								
04/10/2024	0000006474	890300010034	MALETIN DE LONA CON CORREA TIPO BOLSO	Unidad	0.00	0.00	9.00	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:

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