

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000145

UNIDAD EJECUTORA : 400 DIRECCION REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA

NRO. IDENTIFICACIÓN : 000785

Fecha de Solicitud	Nº 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/
785020201 - Oficina Ejecutiva De Administracion								
11/12/2024	0000007992	021200020009	REMODELACION DE OFICINAS, AMBIENTES Y BAÑOS	Servicio	0.00	0.00	0.00	30,719.00
78502050203 - Salud Sexual Y Reproductiva								
10/12/2024	0000007967	091100070054	AGUA DE MESA SIN GAS X 500 mL	Unidad	0.00	0.00	514.00	0.00
10/12/2024	0000007967	096800010273	GALLETA DE SODA X 26 G APROX.	Emp X 24	0.00	0.00	150.00	0.00
78502050305 - Dirección De Servicios De Salud								
10/12/2024	0000007970	040100010001	SERVICIO DE ALIMENTACION DE PERSONAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	800.00
785020701 - Direccion Ejecutiva De Medicamentos Insumos Y Drogas								
10/12/2024	0000007976	040100010001	SERVICIO DE ALIMENTACION DE PERSONAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	704.00
10/12/2024	0000007987	500100051555	SERVICIO DE IMPRESIÓN Y EMPASTADO	Servicio	0.00	0.00	0.00	190.00

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