

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000034

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/
4501 - San Marcos								
15/04/2025	0000002798	475100017631	FORMATO MONITOREO MATERNO FETAL	Unidad	0.00	0.00	1,200.00	0.00
4538 - De Apoyo Chilete								
15/04/2025	0000002796	475100017631	FORMATO MONITOREO MATERNO FETAL	Unidad	0.00	0.00	900.00	0.00
4547 - Contumaza								
15/04/2025	0000002795	475100017631	FORMATO MONITOREO MATERNO FETAL	Unidad	0.00	0.00	1,500.00	0.00
4561 - San Miguel								
15/04/2025	0000002797	475100017631	FORMATO MONITOREO MATERNO FETAL	Unidad	0.00	0.00	900.00	0.00
4577 - San Pablo								
15/04/2025	0000002799	475100017631	FORMATO MONITOREO MATERNO FETAL	Unidad	0.00	0.00	900.00	0.00
785020801 - Direccion De Salud Ambiental								
21/04/2025	0000002832	602243490002	FOTOMETRO DIGITAL	Unidad	0.00	0.00	1.00	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