

APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000071

UNIDAD EJECUTORA : 402 REGION CALLAO - HOSPITAL DE APOYO SAN JOSE

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001318

| 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/ |
| 582102 - Servicio De Patología Clínica |                                 |                 |                                               |                  |                      |                |                |                |
| 29/01/2026                             | 0000000099                      | 355100020067    | HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 5 ESTIRPES | Det              | 0.00                 | 0.00           | 40,000.00      | 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.
- 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 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, se suscribe:

Firma 1: Responsable de la Oficina de Abastecimiento

Firma 2: Máxima autoridad administrativa de la Entidad del Sector Público, o a quien se hubiera delegado dicha facultad