

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000001

UNIDAD EJECUTORA : 405 UNIDAD EJECUTORA 405 RED DE SALUD ANGARAES

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001647

Fecha de Solicitud			N° de Solicitud de Modificación	Código Item N.-	Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES				
							EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN		
							Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	
1.4.1 - Administración.											
21/03/2025	0000000002	840500010007	SERVICIO DE VIGILANCIA		Servicio		0.00	0.00	0.00		6,000.00
1.4.2 - Unidad De Contabilidad.											
21/03/2025	0000000003	210100010953	SERVICIO DE CONTROL PREVIO Y REVISIÓN DE DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS		Servicio		0.00	0.00	0.00		9,960.00
1.6.1 - Gestion De Servicios Y De Atencion Integral En Salud.											
20/03/2025	0000000001	071100381875	SERVICIO ESPECIALIZADO EN INGENIERIA AMBIENTAL		Servicio		0.00	0.00	0.00		11,500.00
20/03/2025	0000000001	071100432593	SERVICIO DE SEGUIMIENTO, EMISIÓN Y ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS		Servicio		0.00	0.00	0.00		15,750.00
20/03/2025	0000000001	071100433486	SERVICIO DE ORGANIZACIÓN, FOLIACIÓN Y ARCHIVO DE DOCUMENTOS		Servicio		0.00	0.00	0.00		900.00

- 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:

GOBIERNO REGIONAL DE HUANCavelica
U.E. 405 RED DE SALUD ANGARAES

CPC: Julio Cesar Manrique Ruiz
JEFE DE LA UNIDAD DE ABASTECIMIENTO

GOBIERNO REGIONAL DE HUANCavelica
RED DE SALUD ANGARAES

CD Harry Alberto Arango Arendales
DIRECTOR

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