

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000009

UNIDAD EJECUTORA : 400 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000860

NRO. IDENTIFICACION : 000860				Unidad de Medida	Descripción del ítem	CANTIDAD Y/O VALORES					
Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código ítem N.-				EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN			
						Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/		
400.02.01 - Organo De Control Institucional											
22/01/2025	0000000173	210100010080	SERVICIO DE APOYO ADMINISTRATIVO	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	3,000.00		
22/01/2025	0000000174	210100010080	SERVICIO DE APOYO ADMINISTRATIVO	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	3,000.00		
22/01/2025	0000000175	210100010080	SERVICIO DE APOYO ADMINISTRATIVO	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	3,000.00		
22/01/2025	0000000176	210100010080	SERVICIO DE APOYO ADMINISTRATIVO	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	2,500.00		
22/01/2025	0000000177	210100010080	SERVICIO DE APOYO ADMINISTRATIVO	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	2,000.00		
400.06.04 - Oficina De Logistica											
27/01/2025	0000000210	210100010297	SERVICIO DE ASISTENCIA EN ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	3,500.00		

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 LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE LOGISTICA
TAP. José Chastaneda Acuña
JEFE DE LA OFICINA DE LOGISTICA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD

Mg. Alexander E. Millo Díaz
DIRECTOR GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN DE LA ENTIDAD, o a quien se hubiera delegado dicha facultad

Firma 1: Responsable del Area involucrada en la gestión de la CAP