

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000007

UNIDAD EJECUTORA : 400 DIRECCION REGIONAL DE SALUD AMAZONAS
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000725

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Item N.-	Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
					EXCLUSIÓN	INCLUSIÓN		
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
29/01/2024	0000000007	850500050006	SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRANSITO PARA AMBULANCIA	Servicio	0	0.00	0	1,500.00

725B01 - Oficina Ejecutiva De Administración

- 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 AMAZONAS
DIRECCION REGIONAL DE SALUD AMAZONAS
OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACION
Lic. ADM. NESTOR FERNANDO YNEZ DIAZ
CLAO N° 027948
JESSE ALDO ABASTECIMIENTO

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

GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS
DIRECCION REGIONAL DE SALUD AMAZONAS
OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACION
Mg. JANIER NEYRA NUNEZ
Directo Ejecutiva

Firma 2: Titular de la Entidad u Organización de la entidad, o a quien se hubiera delegado dicha facultad

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000007

UNIDAD EJECUTORA : 400 DIRECCION REGIONAL DE SALUD AMAZONAS
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000725

Centro de Costo: 725B01 OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACION
Fecha de Solicitud: 29/01/2024

ITEM		CANTIDAD Y/O VALORES				
Código Item N.-	Descripción del Item	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
850500050006	SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRANSITO PARA AMBULANCIA	Servicio	0	0.00	0	1,500.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27):
De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:

- 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 del Área usuaria, se suscribe:

GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS
DIRECCION REGIONAL DE SALUD AMAZONAS
OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACION
Mg. JAVIER NEYRA NUÑEZ
Director Ejecutivo
Firma: Responsable del Área Usuaria