

**ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000010**

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

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Codigo Item N.-	Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES		INCLUSIÓN	
					EXCLUSIÓN	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
29/01/2024	0000000010	607500070125	MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE AMBULANCIA	Servicio	0	0.00	0	17.332.00

**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 DE SALUD AMAZONAS  
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD AMAZONAS  
 OFICINA DE MANTENIMIENTO  
 Lic. MARI NEYRA NUNEZ  
 DIRECTOR EJECUTIVO

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. JAVIER NEYRA NUNEZ  
 Director Ejecutivo

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° 0000000010

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

Código Item N.-	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total \$/	Cantidad Total	Valor Total \$/
607500070125	MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE AMBULANCIA	Servicio	0	0.00	0	17,332.00

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 NUNEZ  
Director Ejecutivo

Firma: Responsable del Área Usuaria