



# ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000012

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.-	Descripción del Item	ITEM	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES		EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
				Servicio	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
850500050006	SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRANSITO PARA AMBULANCIA		Servicio	0	0.00	0	0	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  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AMAZONAS  
OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACION  
Mg JAVIER NEYRA NUÑEZ  
Director Ejecutivo

Firma: Responsable del Área Usuaria