

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000013

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 | Valor Total S/ | Valor Total S/ |
| 29/01/2024 | 000000013 | 850500050007 | SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRANSITO PARA CAMIONETAS | Servicio | 0 | 0.00 | 0 | 330.00 |

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:

.....
 Sr. **ING. NESTOR FERNANDO FLORES**
 OFICINA DE ABASTECIMIENTO
 GOB. N° 07794

.....
 Sr. **Mg. JAVIER NEYRA NUNEZ**
 OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AMAZONAS

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

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000013

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 S/ | Cantidad Total | Valor Total S/ |
| 850500050007 | SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRANSITO PARA CAMIONETAS | Servicio | 0 | 0.00 | 0 | 330.00 |

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:

OFICINA REGIONAL AMAZONAS
DIRECCION REGIONAL DE SALUD AMAZONAS
OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACION

Mijael NEYRA NÚÑEZ
Director Ejecutivo

Firma: Responsable del Área Usuaria