

**ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000019**

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	EXCLUSIÓN	INCLUSIÓN
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
<b>725B01 - Oficina Ejecutiva De Administracion</b>								
30/01/2024	0000000022	716000080113	SELLO AUTOINTINTABLE DE 47 mm X 18 mm APPROX.	Unidad	0	0.00	8	0.00

- 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:

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

GOBIERNO REGIONAL DE LA AMAZONIA  
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD AMAZONAS  
 OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACION  
 LIC. ADM. NESTOR FERDINAND TINIEDA  
 CLAO N° 027948  
 DE LA DE ASISTENCIA

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

ORGANIZACIÓN DE LA ENTIDAD  
 DR. JASIER NEYKANNUEZ  
 DIRECTOR EJECUTIVO

**ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000022**

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

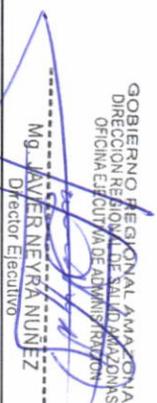
Centro de Costo: 725B01 OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACION  
 Fecha de Solicitud: 30/01/2024

Codigo Item N.-	Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES		EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Unidad		Cantidad Total	Valor Total \$/	Cantidad Total	Valor Total \$/
716000080113	SELLO AUTOENTINTABLE DE 47 mm X 18 mm APPROX.		Unidad	0	0.00	8	0.00	

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