

**ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000038**

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/		
30/01/2024	0000000029	071100431207	SERVICIO DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO	Servicio	0	0.00	0	4,500.00	

- 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

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

GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS  
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
 OFICINA DE ABASTECIMIENTO  
 Lc. Mm. NESTOR FERDINAND TINCO DIAZ  
 JEFE (a) DE ABASTECIMIENTO

GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS  
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
 OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACION  
 Mg. JAVIER NEYRA NUNEZ  
 Director Ejecutivo

2107

**ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000029**

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

Centro de Costo: 725E02 DIRECCION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE EMERGENCIA Y DESASTRES

Fecha de Solicitud: 30/01/2024

Código Item N.-	Descripción del Item	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN		Valor Total S/
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	
071100431207	SERVICIO DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO	Servicio	0	0.00	0	4,500.00	

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 correspondá(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 DE ABASTECIMIENTO  
 DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE EMERGENCIAS Y DESASTRES  
 Lic. LESTER GEORGET DIAZ VILLANUEVA  
 C.E.P. 5000

Firma: Responsable del Área Usuaría

GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AMAZONAS  
 OFICINA DE ABASTECIMIENTO

**PROVEIDO**

Pase a: ALEX OTASSON  
 Para: OTASSON  
 Fecha: 31-01-24 Firma: [Firma]

GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AMAZONAS  
 OFICINA DE ABASTECIMIENTO

**RECIBIDO**

31 ENE 2024

FIRMA: [Firma]  
 HORA: 15:25