ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000039

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

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Codigo Item N -	Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES		CANTIDAD Y/O VALORES	
					EXCLUSIÓN	Valor Total S/	INCLUSIÓN	Valor Total S/
30/01/2024	0000000028	210100010484	SERVICIO SECRETARIAL		0	0.00	0	4,500.00

725E02 - Direccion De Prevencion Y Control De Emergencia Y Desastres

- 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:

 Lc. Adm. NESTOR FERNAND TINCO DIAZ
 CLAD N° 027949
 JEFE (a) DE ABASTECIMIENTO
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD AMAZONAS
 OFICINA DE ABASTECIMIENTO

 Mg. JAVIER REYRA NUÑEZ
 Director Ejecutivo
 GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD AMAZONAS
 OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACION

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

2106

UNIDAD EJECUTORA : 400 DIRECCION REGIONAL DE SALUD AMAZONAS
 NRO. IDENTIFICACIÓN : 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	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
210100010484	SERVICIO SECRETARIAL	Servicio	0	0.00	0	4,500.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día habili 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 DE SALUD AMAZONAS
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD Y GESTIÓN DE SALUD
 DIRECCIÓN EJECUTIVA DE CONTROL DE EMERGENCIAS Y DESASTRES
 DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE EMERGENCIAS Y DESASTRES
 Lic. LESTER GEORGEY DIAZ VILLANUEVA
 DIRECTOR

Firma: Responsable del Área Usuaria

GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AMAZONAS
 OFICINA DE ABASTECIMIENTO

PROVEIDO

Pase a: ALEX ATENCION
 Para: ATENCION

Fecha: 31-01-24 Firma:

GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AMAZONAS
 OFICINA DE ABASTECIMIENTO

RECIBIDO

31 ENE 2024

FIRMA: 2
 HORA: 15:28