

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000043

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

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Item N.-	Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES		CANTIDAD Y/O VALORES	
					EXCLUSIÓN	INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN	INCLUSIÓN
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
725B03 - Oficina De Abastecimiento								
05/02/2024	0000000072	87/0100010001	SERVICIO DE AGUA POTABLE	Servicio	0	0.00	0	6.000,00

- 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:

GOBIERNO REGIONAL DE SALUD AMAZONAS
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD AMAZONAS
 OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACION
 Lc. Adm. NESTOR PERINAND TINEO DIAZ
 JEFE (a) DE ABASTECIMIENTO

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

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

2104-86

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000072

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

Centro de Costo: 725B03 OFICINA DE ABASTECIMIENTO
 Fecha de Solicitud: 05/02/2024

Código Item N.-	Descripción del Item	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
870100010001	SERVICIO DE AGUA POTABLE	Servicio	0	0.00	0	6,000.00

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 ABASTECIMIENTO
 Lc. Adm. NESTOR FERNANDO TINOCO DIAZ
 JEFE (a) DE ABASTECIMIENTO

Firma: Responsable del Área Usuaria