

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000045

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/
725B01 - Oficina Ejecutiva De Administración								
05/02/2024	0000000065	767400061411	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA HP COD. REF. CF280A NEGRO	Unidad	0	0.00	1	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:

L.C. ANDRÉS PERDOMO TINEODIAZ
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AMAZONAS
OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN
JEFE (a) DE ABASTECIMIENTO

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

Mg. JAVIER NEYRA MUÑOZ
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AMAZONAS
OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN
Director Ejecutivo

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° 0000000065

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

Centro de Costo: 725B01 OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACION

Fecha de Solicitud: 05/02/2024



Código Item N.-	Descripción del Item	ITEM	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
				EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
				Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
767400061411	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA HP COD. REF. CF280A NEGRO		Unidad	0	0.00	1	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:

Firma: Responsable del Área Usuaria

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

GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS
DIRECCION REGIONAL DE SALUD AMAZONAS
OFICINA DE ABASTECIMIENTO
PROVEIDO
Pase a: ALICE
Para: ORANGA
Fecha: 05/02/24 Firma: [Signature]