

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000046

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	Valor Total S/	Valor Total S/	
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	
725B01 - Oficina Ejecutiva De Administración					Emp X 500	0	0.00	10	0.00
05/02/2024 0000000066 717200050224 PAPEL BOND 80 g TAMAÑO A4									

- 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 AMAZONAS
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD AMAZONAS
 OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACION
 Lc. Adm. MESTOR PERDOMANO TINEO DIAZ
 CLAD N° 027349
 JEFE (a) DE ADMINISTRACION

GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD AMAZONAS
 OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACION
 Mg. JAVIER NEYRA NUÑEZ
 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

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000066

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	EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
				Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
717200050224	PAPEL BOND 80 g TAMAÑO A4		Emp X 500	0	0.00	10	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 NEYRA NUÑEZ
 Director Ejecutivo

GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD AMAZONAS
 OFICINA DE ABASTECIMIENTO
PROVEIDO
 Pase a:
 Para:
 Fecha: 05/02/24 Firma: