

APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000014

UNIDAD EJECUTORA : 144 DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE
 NRO. IDENTIFICACIÓN : 001684

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código ítem N.-	Descripción del ítem	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		CANTIDAD Y/O VALORES		INCLUSIÓN	
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/		
01.05.02 - Oficina De Intervenciones Sanitarias										
26/01/2026	0000000246	071100380305	SERVICIO DE ASISTENCIA TECNICA ADMINISTRATIVA	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3,000.00
26/01/2026	0000000251	071100380326	SERVICIO DE SUPERVISION Y ASISTENCIA TECNICA	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	12,000.00
26/01/2026	0000000253	071100380077	SERVICIO DE MONITOREO RELACIONADO CON LA SALUD	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	14,000.00
26/01/2026	0000000254	071100380305	SERVICIO DE ASISTENCIA TECNICA ADMINISTRATIVA	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2,500.00
01.05.04 - Oficina De Monitoreo Y Supervisión										
23/01/2026	0000000062	071100384743	SERVICIO ESPECIALIZADO EN GESTIÓN PÚBLICA	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	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.
- 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 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, se suscribe:

MINISTERIO DE SALUD
 DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE

.....
C.P.C. WALTER ORLANDO MORI PINEDO
 JEFE DE LA OFICINA DE ABASTECIMIENTO

Firma 1: Responsable de la Oficina de Abastecimiento

MINISTERIO DE SALUD
 DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE

.....
ING. JULIO CESAR DIAZ SIPIRAN
 Director General de la Dirección Administrativa

Firma 2: Máxima autoridad administrativa de la Entidad del Sector Público, o a quien se hubiera delegado dicha facultad

WILDE VERBODEN DE VERVOLGINGS
SACCA MET LEER IN HET PROEFSTUUR
.....

WILDE VERBODEN DE VERVOLGINGS
SACCA MET LEER IN HET PROEFSTUUR
.....

WILDE VERBODEN DE VERVOLGINGS
SACCA MET LEER IN HET PROEFSTUUR
.....

WILDE VERBODEN DE VERVOLGINGS
SACCA MET LEER IN HET PROEFSTUUR
.....

SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000254

UNIDAD EJECUTORA : 144 DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE
 NRO. IDENTIFICACIÓN : 001684

Centro de Costo: 01.05.02 OFICINA DE INTERVENCIONES SANITARIAS
 Fecha de Solicitud: 26/01/2026

Código ítem N.-	ITEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		CANTIDAD Y/O VALORES		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
071100380305	SERVICIO DE ASISTENCIA TECNICA ADMINISTRATIVA	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2,500.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 32.7 del artículo 32 de la Directiva):

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:

Firmado digitalmente por LAYANGO
 ETENE Carol Greia FAU
 20602217508 hard
 Motivo: Soy el autor del documento
 DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE
 Fecha: 26.01.2026 17:54:45 -05:00

Firma: Responsable del Área Usuaria

SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000253

UNIDAD EJECUTORA : 144 DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE
 NRO. IDENTIFICACIÓN : 001684

Centro de Costo: 01.05.02 OFICINA DE INTERVENCIONES SANITARIAS
 Fecha de Solicitud: 26/01/2026

Código Ítem N.-	ITEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
071100380077	SERVICIO DE MONITOREO RELACIONADO CON LA SALUD	Servicio	0.00	0.00	0.00	14,000.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 32.7 del artículo 32 de la Directiva):

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:



Firmado digitalmente por: LAYANGO
 ETENE Carol Greta FAU
 20802217508 hard
 Motivo: Soy el autor del documento
 Fecha: 26.01.2026 17:34:45 -05:00

Firma: Responsable del Área Usuaria

SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000251

UNIDAD EJECUTORA : 144 DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE
 NRO. IDENTIFICACIÓN : 001684

Centro de Costo: 01.05.02 OFICINA DE INTERVENCIONES SANITARIAS
 Fecha de Solicitud: 26/01/2026

Código ítem N.-	DESCRIPCIÓN DEL ÍTEM	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
071100380326	SERVICIO DE SUPERVISION Y ASISTENCIA TECNICA	Servicio	0.00	0.00	0.00	12.000.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 32.7 del artículo 32 de la Directiva):

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:

Firmado digitalmente por LAYANGO
 ETENE Carol Greta PAU
 20602275306 Firmado en:
 DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE
 Fecha: 26.01.2026 17:54:45 -05:00

Firma: Responsable del Área Usuaria

SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000062

UNIDAD EJECUTORA : 144 DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE
 NRO. IDENTIFICACIÓN : 001684

Centro de Costo: 01.05.04 OFICINA DE MONITOREO Y SUPERVISIÓN
 Fecha de Solicitud: 23/01/2026

Código Item N.-	DESCRIPCIÓN DEL ÍTEM	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
071100384743	SERVICIO ESPECIALIZADO EN GESTIÓN PÚBLICA	Servicio	0.00	0.00	0.00	4,500.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 32.7 del artículo 32 de la Directiva): CONTRATACIÓN DE LOCADOR PARA LA OFICINA DE MONITOREO Y SUPERVISIÓN DE LA DIRIS LIMA NORTE
 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:

MINISTERIO DE SALUD
 DIRECCIÓN DE Bienes Muebles de Salud Lima Norte
 DIRECCIÓN DE MONITOREO Y GESTIÓN SANITARIA

 MC. WILLY DIAZ ALVA
 JEFE (E) DE LA OFICINA DE MONITOREO Y SUPERVISIÓN

Firma: Responsable del Área Usuaria

SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000246

UNIDAD EJECUTORA : 144 DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE
 NRO. IDENTIFICACIÓN : 001684

Centro de Costo: 01.05.02 OFICINA DE INTERVENCIONES SANITARIAS
 Fecha de Solicitud: 26/01/2026

Código Ítem N.-	ITEM Descripción del Ítem	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
071100380305	SERVICIO DE ASISTENCIA TECNICA ADMINISTRATIVA	Servicio	0.00	0.00	0.00	3,000.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 32.7 del artículo 32 de la Directiva);solicitud de modificación del cmn para el servicio de asistencia tecnica administrativa para la Oficina de Intervenciones Sanitarias
 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:

 **PERU** Ministerio de Salud
 DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE
 Firmado digitalmente por HUARACA CHASALLA Norma Yanet FAU
 20602217508 hard
 Motivo: Doy V° B°
 Fecha: 26.01.2026 16:35:55 -05:00

Firma: Responsable del Área Usuaria

 **PERU** Ministerio de Salud
 DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE
 Firmado digitalmente por HUARACA CHASALLA Norma Yanet FAU
 20602217508 hard
 Motivo: Soy el autor del documento
 Fecha: 26.01.2026 16:35:09 -05:00

