



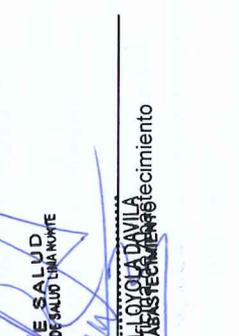
## APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000017

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		INCLUSIÓN	
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
28/01/2026	0000000394	040100010016	SERVICIO DE RACIONES ALIMENTICIAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	24,852.73

- 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**  
DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE  
**R. A. DAVILA**  
**JEFE DE LA OFICINA DE ASISTENCIA TECNICA y/o FARMACIA**

  
**MINISTERIO DE SALUD**  
DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE  
**Ing. JULIO CESAR DIAZ SIPIRAN**  
**Director Especial de Dirección Administrativa**

Firma 1: R. A. DAVILA  
Firma 2: Ing. JULIO CESAR DIAZ SIPIRAN

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

ESANS 45

**SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000401**

UNIDAD EJECUTORA : 144 DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001684

Centro de Costo: 01.10.09 CSMI TAHUANTINSUYO BAJO

Fecha de Solicitud: 28/01/2026

Código ítem N.-	ITEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
040100010016	SERVICIO DE RACIONES ALIMENTICIAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	52.052.43

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 MODIFICACION DEL CMN PARA EL SERVICIO DE RACIONES ALIMENTARIAS PARA EL PERSONAL DE GUARDIA Y PACIENTES HOSPITALARIOS DEL EESS  
 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 HUARAKA CHARALLA Norma Yanet FAU  
 20602217500 Perú  
 Fecha: 28.01.2026 12:21:27 -05:00  
 DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE

Firma: Responsable del Área Usuaria

 DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE  
 Firmado digitalmente por HUARAKA CHARALLA Norma Yanet FAU  
 20602217500 Perú  
 Fecha: 28.01.2026 15:54:01 -05:00

## SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000400

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

Centro de Costo: 01.11.09 CSMI SANTA ROSA  
 Fecha de Solicitud: 28/01/2026

Codigo Item N.-	ITEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
040100010016	SERVICIO DE RACIONES ALIMENTICIAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	17,099.95

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 MODIFICACION DEL CMN PARA EL SERVICIO DE RACIONES ALIMENTARIAS PARA EL PERSONAL DE GUARDIA Y PACIENTES HOSPITALARIOS DEL EESS

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:

  
 DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS  
 DE SALUD LIMA NORTE

Firmado digitalmente por HUARAKA  
 CHARALLA Norma Yanel FAU  
 20602217508 hard  
 Motivo: Soy el autor del documento  
 Fecha: 28.01.2026 12:21:27 -05:00

Firma: Responsable del Área Usuaria

  
 DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS

DE SALUD LIMA NORTE  
 Firmado digitalmente por HUARAKA  
 CHARALLA Norma Yanel FAU  
 20602217508 hard  
 Motivo: Soy el autor del documento  
 Fecha: 28.01.2026 15:54:01 -05:00

ESANS 045 ✓

**SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000393**

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

Centro de Costo: 01.09.14 CSMI EL PROGRESO  
 Fecha de Solicitud: 28/01/2026

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/
040100010016	SERVICIO DE RACIONES ALIMENTICIAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	25.779.27

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 MODIFICACION DEL CMN PARA EL SERVICIO DE RACIONES ALIMENTARIAS PARA EL PERSONAL DE GUARDIA Y PACIENTES HOSPITALARIOS DEL EESS

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 HUARAKA CHARALLA Norma Yanet FAU  
 20602217508 hard  
 Motivo: soy el autor del documento  
 Fecha: 26.01.2026 12:21:27 -05:00

Firma: Responsable del Área Usuaria

 **PERU** Ministerio de Salud  
 DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE  
 Firmado digitalmente por HUARAKA CHARALLA Norma Yanet FAU  
 20602217508 hard  
 Motivo: soy el autor del documento  
 Fecha: 26.01.2026 15:54:01 -05:00

## SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000391

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

Centro de Costo: 01.08.23 CENTRO MATERNO INFANTIL LAURA RODRÍGUEZ DULANTO  
Fecha de Solicitud: 28/01/2026

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/
040100010016	SERVICIO DE RACIONES ALIMENTICIAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	18,493.17

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 MODIFICACION DEL CMN PARA EL SERVICIO DE RACIONES ALIMENTARIAS PARA EL PERSONAL DE GUARDIA Y PACIENTES HOSPITALARIOS DEL EESS

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  
Firmado digitalmente por HUARAKA CHARALLA Norma Yanet FAU  
20602217508 hard  
Motivo: Soy el autor del documento  
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE  
Fecha: 28.01.2026 12:21:27 -05:00

Firma: Responsable del Área Usuaría

 **PERU** Ministerio de Salud  
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE  
Firmado digitalmente por HUARAKA CHARALLA Norma Yanet FAU  
20602217508 hard  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 28.01.2026 15:54:01 -05:00

ESANSOYS

**SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000395**

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

Centro de Costo: 01.11.11 CSMI LOS SUREÑOS  
 Fecha de Solicitud: 28/01/2026

Código Item 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/
040100010016	SERVICIO DE RACIONES ALIMENTICIAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	16.931.44

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 MODIFICACION DEL CMN PARA EL SERVICIO DE RACIONES ALIMENTARIAS PARA EL PERSONAL DE GUARDIA Y PACIENTES HOSPITALARIOS DEL EESS  
 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 HUARAKA CHARALLA Norma Yanel FAU 20602217508 hard  
 Fecha: 28.01.2026 12:21:27 -05:00  
 DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE

Firma: Responsable del Área Usuaria

 DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE  
 Firmado digitalmente por HUARAKA CHARALLA Norma Yanel FAU 20602217508 hard  
 Fecha: 28.01.2026 15:54:01 -05:00

## SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000392

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

Centro de Costo: 01.11.08 CSMI DR ENRIQUE MARTINI ALTUNA  
Fecha de Solicitud: 28/01/2026

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/
040100010016	SERVICIO DE RACIONES ALIMENTICIAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	22.362.61

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 MODIFICACION DEL CMN PARA EL SERVICIO DE RACIONES ALIMENTARIAS PARA EL PERSONAL DE GUARDIA Y PACIENTES HOSPITALARIOS DEL EESS

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 HUAPRAKA  
CHARALLA Norma Yanet FAU  
20602217508 hard  
Motivo: Soy el autor del documento  
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE  
Fecha: 28.01.2026 12:21:27 -05:00

**Firma: Responsable del Área Usuaría**


  
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE

Firmado digitalmente por HUAPRAKA  
CHARALLA Norma Yanet FAU  
20602217508 hard  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 28.01.2026 15:54:01 -05:00

ESANS OVS

**SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000397**

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

Centro de Costo: 01.12.02 CSMI PIEDRA LIZA  
 Fecha de Solicitud: 28/01/2026

Código ítem N.-	Descripción del ítem	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
040100010016	SERVICIO DE RACIONES ALIMENTICIAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	7,607.34

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 MODIFICACION DEL CMN PARA EL SERVICIO DE RACIONES ALIMENTARIAS PARA EL PERSONAL DE GUARDIA Y PACIENTES HOSPITALARIOS DEL EESS  
 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  
 Firmado digitalmente por HUARAKA CHARALLA Norma Yanel FAU  
 20802275308 hard del documento  
 28.01.2026 12:21:27 -05:00  
 DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE

Firma: Responsable del Área Usuaría

 **PERU** Ministerio de Salud  
 DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE  
 Firmado digitalmente por HUARAKA CHARALLA Norma Yanel FAU  
 20802275308 hard del documento  
 28.01.2026 15:54:01 -05:00

## SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000399

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

Centro de Costo: 01.08.16 CSMI SANTA LUZMILA II  
Fecha de Solicitud: 28/01/2026

Código Item N.-	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
040100010016	SERVICIO DE RACIONES ALIMENTICIAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	22,922.91

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 MODIFICACION DEL CMN PARA EL SERVICIO DE RACIONES ALIMENTARIAS PARA EL PERSONAL DE GUARDIA Y PACIENTES HOSPITALARIOS DEL EESS

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 HUARAKA CHARALLA Norma Yanet FAU  
20602217508 hard  
Motivo: Soy el autor del documento  
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE Fecha: 28.01.2026 12:21:27 -05:00

Firma: Responsable del Área Usuaria

 **PERU** Ministerio de Salud

DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS

DE SALUD LIMA NORTE

Firmado digitalmente por HUARAKA CHARALLA Norma Yanet FAU  
20602217508 hard  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 28.01.2026 15:54:01 -05:00

ESAN 0-15

**SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000398**

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

Centro de Costo: 01.12.08 CSMI RÍMAC  
 Fecha de Solicitud: 28/01/2026

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/
040100010016	SERVICIO DE RACIONES ALIMENTICIAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	11.673.30

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 MODIFICACION DEL CMN PARA EL SERVICIO DE RACIONES ALIMENTARIAS PARA EL PERSONAL DE GUARDIA Y PACIENTES HOSPITALARIOS DEL EESS  
 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 HUARAKA CHARALLA Norma Yanet FAU  
 20602217508 hard  
 Fecha: 26.01.2026 12:21:27 -05:00

Firma: Responsable del Área Usuaria

 **PERU** Ministerio de Salud  
 DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE  
 Firmado digitalmente por HUAPARAKA CHARALLA Norma Yanet FAU  
 20602217508 hard  
 Fecha: 26.01.2026 15:54:01 -05:00

## SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000394

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

Centro de Costo: 01.14.03 CSMI JUAN PABLO II  
 Fecha de Solicitud: 28/01/2026

Código Item N.-	ITEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
040100010016	SERVICIO DE RACIONES ALIMENTICIAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	24,852.73

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 MODIFICACION DEL CMN PARA EL SERVICIO DE RACIONES ALIMENTARIAS PARA EL PERSONAL DE GUARDIA Y PACIENTES HOSPITALARIOS DEL EESS

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 HUARAKA  
 CHARALLA Norma Yanet FAU  
 20602217508 hard  
 Motivo: Soy el autor del documento  
 DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE  
 Fecha: 28.01.2026 12:21:27 -05:00

**Firma: Responsable del Área Usuaria**

  
 FIRMADO DIGITALMENTE POR HUARAKA  
 CHARALLA Norma Yanet FAU  
 20602217508 hard  
 Motivo: Soy el autor del documento  
 DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE  
 Fecha: 28.01.2026 15:54:01 -05:00

ESANG 046 ✓

**SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000396**

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

Centro de Costo: 01.13.04 CSMI MÉXICO  
 Fecha de Solicitud: 28/01/2026

Código Item N.-	ITEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
040100010016	SERVICIO DE RACIONES ALIMENTICIAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	21,881.96

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 MODIFICACION DEL CMN PARA EL SERVICIO DE RACIONES ALIMENTARIAS PARA EL PERSONAL DE GUARDIA Y PACIENTES HOSPITALARIOS DEL EESS  
 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 HUARAKA CHARALLA Norma Yaneí FAU  
 20602217508 hard  
 Fecha: 28.01.2026 12:21:27 -05:00

Firma: Responsable del Área Usuaria

 **PERU** Ministerio de Salud  
 DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE  
 Firmado digitalmente por HUARAKA CHARALLA Norma Yaneí FAU  
 20602217508 hard  
 Fecha: 28.01.2026 15:54:01 -05:00

## SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000390

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

Centro de Costo: 01.11.06 CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL ANCÓN  
Fecha de Solicitud: 28/01/2026

Código ítem N.-	ITEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
040100010016	SERVICIO DE RACIONES ALIMENTICIAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	8,342.89

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 MODIFICACION DEL CMN PARA EL SERVICIO DE RACIONES ALIMENTARIAS PARA EL PERSONAL DE GUARDIA Y PACIENTES HOSPITALARIOS DEL EESS

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  
Firmado digitalmente por HUARAKA  
CHARALLA Norma Yanet FAU  
20602217508 hard  
Motive: Soy el autor del documento  
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS Fecha: 28.01.2026 12:21:27 -05:00  
DE SALUD LIMA NORTE

Firma: Responsable del Área Usuaria

 **PERU** Ministerio de Salud  
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS  
DE SALUD LIMA NORTE  
Firmado digitalmente por HUARAKA  
CHARALLA Norma Yanet FAU  
20602217508 hard  
Motive: Soy el autor del documento  
Fecha: 28.01.2026 15:54:01 -05:00

EST 21 ✓

## SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000241

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

Centro de Costo: 01.11.17 PS VIRGEN DE LAS MERCEDES  
 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/
070500030806	SERVICIO DE ENFERMERÍA	Servicio	0.00	0.00	0.00	2,900.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 32.7 del artículo 32 de la Directiva)/SOLICITO MODIFICACION PARA REQUERIMIENTO DE SERVICIO DE ENFERMERIA.

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 BARRON SARMIENTO Melissa Milagros FAU  
 20602217508 hard del documento  
 Fecha: 27.01.2026 09:32:56 -05:00  
 DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE

Firma: Responsable del Área Usuaria



DIRECCION DE REDES INTEGRADAS  
 DE SALUD LIMA NORTE  
 Firmado digitalmente por HUASAKA CHACALLA Norma Yaret FAU  
 20602217508 hard  
 Motivo: Doy V B  
 Fecha: 28.01.2026 15:51:36 -05:00



**SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000256**

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

Centro de Costo: 01.10.09 CSMI TAHUANTINSUYO BAJO  
 Fecha de Solicitud: 26/01/2026

Código Item N.-	ITEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
070500030806	SERVICIO DE ENFERMERÍA	Servicio	0.00	0.00	0.00	9,900.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 32.7 del artículo 32 de la Directiva): SOLICITO MODIFICACION PARA REQUERIMIENTO DE SERVICIO DE ENFERMERIA.

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  
 Firmado digitalmente por BARRON SARMIENTO Melissa Milagros FAU  
 20602217508 hard  
 Motivo: Soy el autor del documento  
 DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE Fecha: 27.01.2026 05:33:35 -05:00

**Firma: Responsable del Área Usuaria**

 **PERU** Ministerio de Salud  
 DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE  
 Firmado digitalmente por HUAPAKA YANET FAU  
 20602217508 hard  
 Motivo: Doy V. B\*  
 Fecha: 28.01.2026 15:51:49 -05:00



**SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000257**

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

Centro de Costo: 01.10.09 CSMI TAHUANTINSUYO BAJO  
Fecha de Solicitud: 26/01/2026

Código Item 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	4,700.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 32.7 del artículo 32 de la Directiva): SOLICITO MODIFICACION PARA REQUERIMIENTO DE SERVICIO DE MONITOREO RELACIONADO CON LA SALUD.

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: BARRON SARMIENTO Melissa Milagros FAU  
20602217508 hard  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 27.01.2026 09:35:29 -05:00

**Firma: Responsable del Área Usuaria**

 **PERU** Ministerio de Salud  
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE  
Firmado digitalmente por: HUASAKA CHARALLA Norma Yanet FAU  
20602217508 hard  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 28.01.2026 15:52:05 -05:00



29638

### SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000250

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 Item N.-	ITEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
210100010579	SERVICIO DE SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE ACTIVIDADES DE GESTION Y/O ADMINISTRATIVAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	9,500.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 32.7 del artículo 32 de la Directiva):CONTRATACION DE 03 PERSONAS PARA LA ESTRATEGIA DE CANCER  
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 MONTES  
MONTES, STEPHANY PAU  
20802272509 hard  
Motivo: Soy el autor del documento  
DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE  
Fecha: 26.01.2026 16:20:57 -05:00

Firma: Responsable del Área Usuaria

