



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,  
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”



**MEMORANDO N° 034-2024-GRJ-DRSJ-DEA**

**A : LIC. ADM. EDDIE MORÓN CACHO.**  
JEFE DE LA OFICINA DE LOGISTICA

**ASUNTO : SOLICITO MODIFICACION DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES**

**FECHA : Huancayo, 02 de Febrero del 2024.**

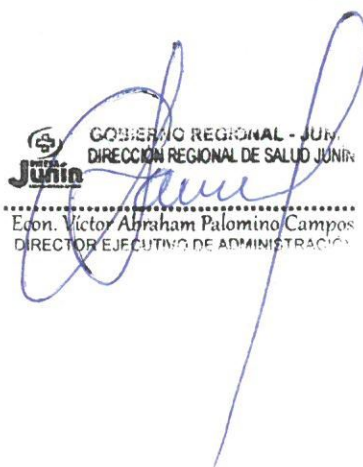


Por medio del presente me dirijo a su Despacho para saludarle cordialmente y a la vez informarle que, para el cumplimiento de los objetivos institucionales, se autoriza a la Oficina a su Cargo, Modificar el Cuadro Multianual de Necesidades, toda vez por la necesidad urgente se requiere habilitar presupuesto para el siguiente ITEM.

- Servicio de seguridad y vigilancia para la nueva infraestructura del Centro de Salud la Oroya, por el importe de S/41,200.00 soles.

Es cuanto informo para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

  
GOBIERNO REGIONAL - JUNÍN  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN  
Econ. Víctor Abraham Palomino Campos  
DIRECTOR EJECUTIVO DE ADMINISTRACIÓN

C.c. Arch  
VAPC/

DOC:	07517969
EXP:	05170984

Dirección Regional de Salud Junín  
Jr. Julio C. Tello N° 488, El Tambo - Huancayo  
(064) 48-1270  
www.diresajunin.gob.pe

30 ENE. 2024

SECRETARIA

HORA: 12:10 p.m. FOLIO: 07

FIRMA: *[Firma]* Reporte N° 019-2024-GRJ/DIRESA/RSJA/DE.

MUY URGENTE

GOBIERNO REGIONAL JUNÍN  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN

24 ENE. 2024  
RECEPCIONADO  
HORA: 03:38 FOLIO: 07  
EXP N° *[Firma]*

A : M.C. Christian Dany MATAMOROS VERA.  
Director de la Dirección Regional de Salud Junín.

ASUNTO : Remito requerimiento de contratación de personal de vigilancia para la  
nueva Infraestructura del C.S. La Oroya.

FECHA : Jauja, 23 de enero de 2024.

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN  
DIRECTOR EJECUTIVO DE ADMINISTRACIÓN  
24 ENE. 2024  
RECEPCION  
HORA: 09:13 FOLIO: 07

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y aprovechar la oportunidad para remitir la justificación de requerimiento de contratación de personal de vigilancia para la nueva infraestructura del Centro de Salud La Oroya, por lo que adjunto al presente el Reporte N° 0020-2024/GRJ/DIRESA/RSJA/OPPM/J suscrito por el Jefe de la Oficina de Planeamiento, Presupuesto y Modernización, es cuanto hago de su conocimiento, para las acciones inmediatas correspondientes.

Sin otro en particular, reitero las muestras de especial consideración y estima personal, quedando de usted.

Atentamente,

PROVEIDO N° 247  
DIRECCIÓN EJECUTIVO DE ADMINISTRACIÓN

Pasa a: *[Firma]*  
Para: *[Firma]*

FECHA: 24/01/24



GOBIERNO REGIONAL JUNÍN  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN  
RED DE SALUD JAUJA

*[Firma]*  
Mg. Magdiel Sally Huatuco Huaman  
COP. 21909  
DIRECTOR EJECUTIVO

GOBIERNO REGIONAL - JUNÍN  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN  
DIRECCIÓN GENERAL

Pase al DGA

Para: Su atención

Hoy 24 de Enero



Fs. 07  
C.c.: Archivo.  
MSHH/elv.

Reg. Doc.: 7477711  
Reg. Exp.: 05141045

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000001

UNIDAD EJECUTORA : 400 DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN  
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000823  
Centro de Costo: 010601 OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACION  
Fecha de Solicitud: 30/01/2024

Código ítem N.-	Descripción del ítem	Unidad de Medida	ITEM				CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN					
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
840500010012	SERVICIO DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA	Servicio	0	0.00	0	0	0	41,200.00	0	41,200.00

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 - JUNÍN  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN  
Econ. Víctor Abraham Palomino Cevallos  
DIRECTOR EJECUTIVO DE ADMINISTRACIÓN

Firma: Responsable del Área Usuaria



ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000001

UNIDAD EJECUTORA : 400 DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN  
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000823

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/

010601 - Oficina Ejecutiva De Administración

30/01/2024	0000000001	840500010012	SERVICIO DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA	Servicio	0	0.00	0	41,200.00
------------	------------	--------------	------------------------------------	----------	---	------	---	-----------

- 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 JUNIN  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN

.....  
Lic. Adm. Eddie Moron Cacho  
JEFE DE LOGISTICA

GOBIERNO REGIONAL JUNIN  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN

.....  
Obstr. Alcibíades Bottovic Diaz  
DIRECTOR ASISTENTE REGIONAL DE

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