

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

N° 31

ENTIDAD U ORGANIZACIÓN DE LA ENTIDAD: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS
NRO DE IDENTIFICACIÓN: 123

N°	FECHA DE SOLICITUD	N° DE SOLICITUD DE MODIFICACIÓN	CÓDIGO DE ITEM N°	DESCRIPCIÓN DEL ITEM	UNIDAD DE MEDIDA	EXCLUSIÓN		CANTIDAD Y/O VALORES		INCLUSIÓN	
						CANTIDAD TOTAL	VALOR TOTAL S/	CANTIDAD TOTAL	VALOR TOTAL S/		
1	22/03/2023	S/N	609600010132	MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE BOMBA DE AGUA	SERVICIO			1		13,460.00	
2	22/03/2023	S/N	609600010063	MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE CALDERO	SERVICIO			1		22,180.00	
3	22/03/2023	S/N	601000010023	MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS DE AIRE ACONDICIONADO	SERVICIO			1		39,900.00	
4	22/03/2023	S/N	605500010088	MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE EQUIPOS ELECTRICOS	SERVICIO			1		12,000.00	
5	22/03/2023	S/N	609700150009	MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA (ABLANDADOR)	SERVICIO			1		18,200.00	

La información registrada en el presente anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la entidad u organización de la entidad

- 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:

 **MINISTERIO DE SALUD**
INSTITUCIÓN NACIONAL DE CIENCIAS BIOMÉDICAS
.....
Lic. Adm. WASSERMANN A. HUAMAN GAMBOA
Jefe de la Oficina de Logística

FIRMA 1: RESPONSABLE DEL ÁREA INVOLUCRADA
EN LA GESTIÓN DE LA CAP

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dirección General
.....
M.C. Esp. **JONATAN RUIZ MEDINA RUBIO**
Director de la **Acción de Ciencias Neurológicas**

FIRMA 2: TITULAR DE LA ENTIDAD U
ORGANIZACIÓN DE LA ENTIDAD O A
QUIEN SE HUBIERA DELEGADO DICHA
FACULTAD