

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

ENTIDAD U ORGANIZACIÓN DE LA ENTIDAD:

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS

123

N°

68

Área usuaria: ORGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL				CANTIDAD Y/O VALORES					
N°	FECHA DE SOLICITUD	N° DE SOLICITUD DE MODIFICACIÓN	CÓDIGO DE ÍTEM N°	DESCRIPCIÓN DEL ÍTEM	UNIDAD DE MEDIDA	EXCLUSIÓN	INCLUSIÓN		
						CANT. TOTAL	VALOR TOTAL S/	CANT. TOTAL	VALOR TOTAL S/
1	04/04/2023	1-OCI	07050004011	Intervenciones especializadas en actividades en auditoría	SERVICIO		S/ 36.000,00		
2	04/04/2023	1-OCI	071100380691	Servicio de auditoría en servicios informáticos	SERVICIO				S/ 12.000,00
3	04/04/2023	1-OCI	071100388820	Servicio de asistencia técnica administrativa	SERVICIO				S/ 7.000,00
4	04/04/2023	1-OCI	070500040043	Servicio especializado	SERVICIO				S/ 10.000,00
5	04/04/2023	1-OCI	210100010802	Servicio de asistencia en contabilidad	SERVICIO				S/ 7.000,00

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  
 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS

Lic. Adm. MARGARITA B. BLOMBERG  
 DIRECTORA GENERAL DE GESTIÓN DE LA CAP  
 FIRMA 1: RESPONSABLE DE LA ENTIDAD U ORGANIZACIÓN DE LA ENTIDAD



MINISTERIO DE SALUD  
 Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas  
 M.C. JORGE ENRIQUE RUIZ MEDINA  
 Director General de Gestión de Necesidades  
 FIRMA 2: TITULAR DE LA ENTIDAD U ORGANIZACIÓN DE LA ENTIDAD O A QUIEN SE HUBIERA DELEGADO DICHA FACULTAD