

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

N° **70**

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 ÍTEM N°	DESCRIPCIÓN DEL ÍTEM	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD Y/O VALORES			
						EXCLUSIÓN	INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN	INCLUSIÓN
						CANT. TOTAL	VALOR TOTAL S/	CANT. TOTAL	VALOR TOTAL S/
1	18/04/2023	001-2023-ESTADISTICA E INFORMATICA	071100384590	SERVICIO ESPECIALIZADO EN ANALISIS DE SERVICIO, DATOS Y ESTADISTICAS	SERVICIO		S/ 4,000.00		
2	18/04/2023	001-2023-ESTADISTICA E INFORMATICA	071100380305	SERVICIO DE ASISTENCIA TECNICA ADMINISTRATIVA	SERVICIO				S/ 4,000.00
3	18/04/2023	001-2023-ESTADISTICA E INFORMATICA	170100030102	SERVICIO DE SOPORTE INFORMATICO	SERVICIO		S/ 11,400.00		
4	18/04/2023	001-2023-ESTADISTICA E INFORMATICA	170100030006	SERVICIO ESPECIALIZADO EN SISTEMAS INFORMATICOS	SERVICIO				S/ 7,000.00
5	18/04/2023	001-2023-ESTADISTICA E INFORMATICA	170100030170	SERVICIO DE SOPORTE TECNICO DE EQUIPOS DE COMPUTO	SERVICIO				4,400.00

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 programación.

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:

*[Firma]*  
 M.C. ESP. JOSE ENRIQUE MEDINA RUBIO  
 Director del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas

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

