

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

ENTIDAD U ORGANIZACIÓN DE LA ENTIDAD:

NRO DE IDENTIFICACIÓN:

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS

123

N°

72

				CANTIDAD Y/O VALORES			
				EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
N°	FECHA DE SOLICITUD	N° DE SOLICITUD DE MODIFICACIÓN	CÓDIGO DE ÍTEM N°	DESCRIPCIÓN DEL ÍTEM	UNIDAD DE MEDIDA	CANT. TOTAL	VALOR TOTAL S/
1	12/04/2023	17-SERVICIO DE FARMACIA	71100400006	SERVICIO DE PROFESIONAL TECNICO EN FARMACIA	SERVICIO		33,600.00
2	12/04/2023	17-SERVICIO DE FARMACIA	70500031083	SERVICIO DE ATENCION FARMACEUTICA ESPECIALIZADA EN DOSIS UNITARIA	SERVICIO		42,000.00
3	12/04/2023	17-SERVICIO DE FARMACIA	170100030102	SOPORTE DE SERVICIO INFORMATICO	SERVICIO		10,000.00
4	12/04/2023	17-SERVICIO DE FARMACIA	210100010802	SERVICIO DE ASISTENCIA EN CONTABILIDAD	SERVICIO		10,000.00
5	12/04/2023	17-SERVICIO DE FARMACIA	70500030102	SERVICIO ESPECIALIZADO EN TEMAS DE FARMACIA HOSPITALARIA	SERVICIO		14,000.00

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
Dirección General

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS

M.C. ESP. JORGE ENRIQUE MEDINA RUBIO
Director del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas

FIRMA 1: RESPONSABLE DEL AREA INVOLUCRADA EN LA GESTION DE LA CAP

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