

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°

84

| Area Usuaría: Servicio de Inv. Doc y Aten. Esp. Enfermedades Transmisibles |                    |                                 |                   |                                            | CANTIDAD Y/O VALORES |             |                |                |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------|-------------------|--------------------------------------------|----------------------|-------------|----------------|----------------|
|                                                                            |                    |                                 |                   |                                            | EXCLUSIÓN            |             | INCLUSIÓN      |                |
| N°                                                                         | FECHA DE SOLICITUD | N° DE SOLICITUD DE MODIFICACIÓN | CÓDIGO DE ITEM N° | DESCRIPCIÓN DEL ITEM                       | UNIDAD DE MEDIDA     | CANT. TOTAL | VALOR TOTAL S/ | VALOR TOTAL S/ |
| 1                                                                          | 20/04/2023         | 1- SIDAETS                      | 071100400007      | SERVICIO DE PERSONAL TÉCNICO EN ENFERMERIA | SERVICIO             |             |                | 4,136.00       |

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

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