

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°

Área usuaria: DEP DE INV. DOC Y ATEN. ESP. EN ENF. NEUROVASCULARES & METABOLICAS						CANTIDAD Y/O VALORES				
FECHA DE SOLICITUD		N° DE SOLICITUD DE MODIFICACIÓN	CÓDIGO DE ITEM N°	DESCRIPCIÓN DEL ITEM	UNIDAD DE MEDIDA	EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN		
N°							CANT. TOTAL	VALOR TOTAL S/	CANT. TOTAL	VALOR TOTAL S/
1		29/04/2023	1-NEUROVASCULARES	070500030019	ATENCIÓNES MEDICAS ESPECIALIZADAS COMO MEDICO CIRUJANO	SERVICIO				S/28,000.00
2		29/04/2023	1-NEUROVASCULARES	070500030106	ATENCIÓNES ESPECIALIZADAS EN ENFERMERIA	SERVICIO				S/7,000.00
3		29/04/2023	1-NEUROVASCULARES	071100400007	SERVICIO DE PERSONAL TECNICO EN ENFERMERIA	SERVICIO				S/8,272.00
4		29/04/2023	1-NEUROVASCULARES	071100380929	SERVICIO DE COORDINACION DE PROYECTOS DE INVESTIGACION	SERVICIO				S/9,000.00

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 es de carácter interno y no debe ser divulgada; por lo que, en señal de conformidad y en representación de la Entidad del Sector Público u organización de la entidad, se suscribe:

Se suscribe:
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dirección General

Lic. Adm. WASSERMANN, HUAMAN GAMBOA
Jefe de la Oficina de Logística

M.C. ESP. JORGE ALBERTO MEDINA RUELO
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