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

N° 99

ENTIDAD U ORGANIZACIÓN DE LA ENTIDAD: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS

NRO DE IDENTIFICACIÓN: 123

Area usuaria: DEP DE INV. DOC Y ATEN. ESP. EN ENF. TRANSMISIBLES DEL SISTEMA NERVIOSO Y NEUROPEDIATRIA

						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/	CANT. TOTAL	VALOR TOTAL S/
1	3/05/2023	1	*07110040001*	*SERVICIO DE MEDICO ESPECIALISTA*	***SERVICIO***		*S/56,320.60*		
2	3/05/2023	1	*071100380305*	*SERVICIO DE ASISTENCIA TECNICA ADMINISTRATIVA*	***SERVICIO***				*S/3,600.00*
3	3/05/2023		*071100400007*	*SERVICIO DE PERSONAL TECNICO EN ENFERMERIA*	***SERVICIO***				*S/4,136.00*
4	3/05/2023	1	*070500030106*	*ATENCIONES ESPECIALIZADAS EN ENFERMERIA*	***SERVICIO***				*S/21,000.00*

La información registrada en el presente anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser apliados 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

FIRMA 1: ADMINISTRADOR(A) O QUIEN HAYA SIDO DELEGADA EN LA GESTIÓN DE LA CAP

Jefe de la Oficina de Logística

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