

FECHA  
HORA

11/08/2023  
10:40 a.m.

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

N°

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS

ENTIDAD U ORGANIZACIÓN DE LA ENTIDAD:  
NRO DE IDENTIFICACIÓN:

123

|              |                    |                                 |                   |                                              | 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          | CANTIDAD TOTAL | VALOR TOTAL S/ |
| area usuaria |                    |                                 |                   |                                              | DEIDAE NEUROLOGIA CLINICA |                |                |
| 1            | 9/08/2023          | 03                              | 716000080113      | SELLO AUTOENTINTABLE DE 47 MM X 18 MM APROX. | UNIDAD                    | 1              | 40.00          |

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 HUAMAN GAMBOA  
Jefe de la Oficina de Logística

MINISTERIO DE SALUD  
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas  
Dirección General  
M.C. Esp. JORGE ENRIQUE MEDINA RUIRO  
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