

12/09/2023  
11:00 a.m.

FECHA  
HORA

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

N°

206

ENTIDAD U ORGANIZACIÓN DE LA ENTIDAD:  
NRO DE IDENTIFICACIÓN:

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS  
123

| N° | area usuaria | FECHA DE SOLICITUD | N° DE SOLICITUD DE MODIFICACIÓN | CÓDIGO DE ITEM N° | DESCRIPCIÓN DEL ITEM                                                | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD Y/O VALORES |                |                |                |
|----|--------------|--------------------|---------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------|----------------|----------------|----------------|
|    |              |                    |                                 |                   |                                                                     |                  | EXCLUSIÓN            |                | INCLUSIÓN      |                |
|    |              |                    |                                 |                   |                                                                     |                  | CANTIDAD TOTAL       | VALOR TOTAL S/ | CANTIDAD TOTAL | VALOR TOTAL S/ |
| 1  |              | 11/09/2023         | 006                             | 901000010008      | TRASLADO PERSONAL - COMISION DE SERVICIO - PASAJES TERRES. NACIONAL | SERVICIO         |                      |                | 1              | 3,758.00       |

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. WASSERMAN A. HUAMAN GAMBOA  
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 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