

FECHA 10/11/2023
HORA 12:00 a.m.
PÁGINA 1 DE 1

230

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

ENTIDAD U ORGANIZACIÓN DE LA ENTIDAD: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS
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/	VALOR TOTAL S/
area usuaria:								
1	9/11/2023	S/N	071100380305	SERVICIO DE ASISTENCIA TECNICA ADMINISTRATIVA	SERVICIO	1	9,000.00	
2	9/11/2023	S/N	071100382686	SERVICIO ESPECIALIZADO EN ADMINISTRACION	SERVICIO	1	15,000.00	
3	9/11/2023	S/N	071100382534	SERVICIO DE EVALUACION Y ELABORACION DEL INFORME TECNICO DE LA ESPECIALIDAD DE ARQUITECTURA	SERVICIO	1	27,500.00	
4	9/11/2023	S/N	071100380653	SERVICIO ESPECIALIZADO EN GESTION DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS	SERVICIO	1	15,000.00	

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.

FECHA 10/11/2023
HORA 12:00 a.m.
PÁGINA 1 DE 1

230

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

N°

ENTIDAD U ORGANIZACIÓN DE LA ENTIDAD: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS
NRO DE IDENTIFICACIÓN: 123

N°	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/	VALOR TOTAL S/
area usuaria:				OFICINA DE PLANEAMIENTO				

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 GAMEOA
Jefe de la Oficina de Logística

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dirección General
M.C. ESPERTORGE 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