

FECHA  
HORA  
PÁGINA

5/05/2023  
11:15 a.m.  
1 DE 1

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

N°

101

ENTIDAD U ORGANIZACIÓN DE LA ENTIDAD:  
NRO DE IDENTIFICACIÓN:

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS  
123

N°	FECHA DE SOLICITUD	N° DE SOLICITUD DE MODIFICACIÓN	CÓDIGO DE ÍTEM N°	DESCRIPCIÓN DEL ÍTEM	UNIDAD DE MEDIDA	EXCLUSIÓN		CANTIDAD Y/O VALORES		INCLUSIÓN	
						CANTIDAD TOTAL	VALOR TOTAL S/	CANTIDAD TOTAL	VALOR TOTAL S/		
1	23/03/2023	002-2023	746412710001	CABEZAL PARA EQUIPO DE ULTRASONIDO	UNIDAD			1		8,000.00	
2	23/03/2023	002-2023	746481190039	COMPRESA FRIA CERVICAL 58 CM	UNIDAD			12		1,200.00	
3	23/03/2023	002-2023	495100060011	COMPRESA FRIA DORSAL 25 CM X 30 CM	UNIDAD			12		1,200.00	
4	23/03/2023	002-2023	497300010068	JUEGO DE MASA TERAPEUTICA DE RESISTENCIAS SUAVE MODERADA Y EXIGENTE	UNIDAD			4		2,379.00	
5	23/03/2023	002-2023	497300010058	TABLERO DE EJERCICIO PARA EXTREMIDAD SUPERIOR	UNIDAD			7		7,000.00	
6	23/03/2023	002-2023	740882240012	CABLE TERMINAL PARA ELECTRODO DE PACIENTE	UNIDAD			48		8,000.00	



7	23/03/2023	002-2023	740899920001	ELECTRODO ADHESIVO DESCARTABLE PARA ELECTRO ESTIMULADOR TENS X 4	UNIDAD	48	1,700.00
8	23/03/2023	002-2023	497300020015	NIVEL PELVICO DE BURBUJA CON PLOMADA INCLUIDA	UNIDAD	2	1,200.00
9	23/03/2023	002-2023	497300020015	JUEGO DE BANDAS ELASTICAS PARA FORTALECIMIENTO MUSCULAR DE 1.50 M X 6	UNIDAD	1	2,800.00

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 DEFENSAS NEUROLÓGICAS**

  
 Lic. Adm. WASSERMAN, WILIAM  
 Jefe de la Oficina de Logística

FIRMA 1: RESPONSABLE DEL ÁREA INVOLUCRADA  
EN LA GESTIÓN DE LA CAP

**MINISTERIO DE SALUD**  
**Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas**  
**Dirección Central**

  
 M.C. Esp. JORGE 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