

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES
N° 140

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/	CANTIDAD TOTAL	VALOR TOTAL S/
area usuaria:				DPTO. DE ATENCION AL PACIENTE - CONSULTORIOS EXTERNOS					
1	25/04/2023	4	740878680001	MONITOR CON PROCESADOR INTEGRADO	UNIDAD			13	82,550.00
2	25/04/2023	4	740894810010	SOLUCION DE ALMACENAMIENTO EXTERNO NAS - NETWORK ATTACHED	UNIDAD			1	19,500.00
3	25/04/2023	4	740894810004	SOLUCION DE ALMACENAMIENTO EXTERNO SAN - STORAGE AREA NETWORK	UNIDAD			1	11,500.00
4	25/04/2023	4	740836500001	IMPRESORA A INYECCION DE TINTA	UNIDAD			5	4,450.00
5	25/04/2023	4	740800500001	CAPTURADOR DE IMAGEN - SCANNER	UNIDAD			1	17,000.00
6	25/04/2023	4	740800500040	CAPTURADOR DE IMAGEN - SCANNER 170 PPM	UNIDAD			1	5,000.00



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

N°

140

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:				DPTO. DE ATENCION AL PACIENTE - CONSULTORIOS EXTERNOS				

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. WASSEMMAN A. HUAMAN GAMBOA
Jefe de la Oficina de Logística

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