

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

N°

173

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	CANTIDAD Y/O VALORES			
						EXCLUSIÓN	INCLUSIÓN		
area usuaria:						CANTIDAD TOTAL	VALOR TOTAL S/	CANTIDAD TOTAL	VALOR TOTAL S/
SERVICIO DE FARMACIA									
1	14/07/2023	008-2023	495700780012	AGUJA MULTIPLE PARA EXTRACCION DE SANGRE AL VACIO 21 G X 1 in	UNIDAD			3,000	1,080.00
2	14/07/2023	008-2023	495700780034	AGUJA MARIPOSA PARA TUBO AL VACIO 23 G X 3/4 in	UNIDAD			200	120.00
3	14/07/2023	008-2023	511000080324	TUBO PLASTICO 3 mL PARA EXTRACCION AL VACIO CON EDTA	UNIDAD			4,000	1,640.00
4	14/07/2023	008-2023	511000260079	TUBO PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE CON SISTEMA DE VACÍO DE POLIPROPILENO DE 3.5 mL CON CITRATO DE SODIO AL 3.2%	UNIDAD			2,000	900.00
5	14/07/2023	008-2023	511000260145	TUBO PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE CON SISTEMA DE VACÍO DE POLIPROPILENO 6 mL CON ACTIVADOR DE COAGULO X 100	UNIDAD			60	2,880.00

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.

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

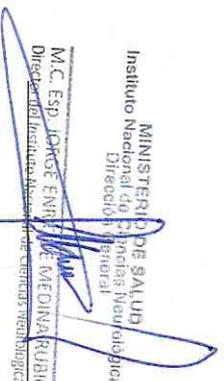
ENTIDAD U ORGANIZACIÓN DE LA ENTIDAD: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS N° 123
 NRO DE IDENTIFICACIÓN: 123

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
				SERVICIO DE FARMACIA			
CANTIDAD TOTAL							
VALOR TOTAL S/							
CANTIDAD TOTAL							
VALOR TOTAL S/							

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
 Dr. **Lt. Adm. WASSERMANA HUMANN GAMBOA**
 Jefe de la Oficina de Logística

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


 Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
 Ministerio de Salud
 Dirección General
 M.C. ESP. JORGE ENRIQUE 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