

FECHA
HORA

31/07/2023
2:00 p.m.

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

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

N°

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:		SERVICIO DE FARMACIA							
1	21/07/2023	S/N	583500050001	IOBITRIDOL equivalente 300 mg l/mL INY 50 mL	UNIDAD			440	39,600.00
2	21/07/2023	S/N	512000281240	KIT DE AFERESIS PARA OBTENCION DE PLAQUETAS	UNIDAD			80	60,000.00
3	21/07/2023	S/N	584200160006	INMUNOGLOBULINA HUMANA NORMAL 5 g INY 100 mL	UNIDAD			151	188,750.00
4	21/07/2023	S/N	351100020932	SET DE REACTIVOS PARA ANALIZADOR DE GASES ARTERIALES, ELECTROLITOS Y METABOLITOS	UNIDAD			750	11,625.00
5	21/07/2023	S/N	355100020012	DOSAJE DE TIEMPO DE PROTROMBINA	UNIDAD			40	268.00
6	21/07/2023	S/N	355100020032	DOSAJE DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADO	UNIDAD			65	410.15

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.

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

N°185

ENTIDAD U ORGANIZACIÓN DE LA ENTIDAD:
NRO DE IDENTIFICACIÓN:

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS
123

CANTIDAD Y/O VALORES						
EXCLUSIÓN				INCLUSIÓN		
N°	FECHA DE SOLICITUD	N° DE SOLICITUD DE MODIFICACIÓN	CÓDIGO DE ITEM N°	DESCRIPCIÓN DEL ITEM	UNIDAD DE MEDIDA	
		SERVICIO DE FARMACIA				
area usuaria:						

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 A. HUAMAN GAMBOA

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. Exp. 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