

237

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS
123

						CANTIDAD Y/O VALORES				
						EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN		
						CANTIDAD TOTAL	VALOR TOTAL S/	CANTIDAD TOTAL	VALOR TOTAL S/	
N°	FECHA DE SOLICITUD	N° DE SOLICITUD DE MODIFICACIÓN	CÓDIGO DE ÍTEM N°	DESCRIPCIÓN DEL ÍTEM	UNIDAD DE MEDIDA					
area usuaria:		SERVICIO DE FARMACIA								
1	10/11/2023	S/N	582601470001	OCRELIZUMAB 30 MG/ML INYECTABLE 10 ML	UNIDAD			2	24,000.00	
2	13/11/2023	S/N	512000350095	TIPS CON FILTRO 0.5 UL - 10 UL X 1000	UNIDAD			21	3,570.00	
3	13/11/2023	S/N	511000080849	TUBO DE POLIPROPILENO PARA PCR EN TIRAS 8 X 0.2 ML X 125 TIRAS	UNIDAD			6	2,763.18	
4	13/11/2023	S/N	358600060185	ENZIMA TAQ PLATINUM ADN POLIMERASA 50/UL X 1000	UNIDAD			2	2,382.38	
5	13/11/2023	S/N	358600092068	SOLUCION DE DESCONTAMINACION PARA ADN Y ARN X 250 ML	UNIDAD			4	1,120.00	
6	13/11/2023	S/N	358600092443	REACTIVO PARA CONDICIONAMIENTO ANALIZADOR GENETICO 3500	UNIDAD			1	14,700.00	

La información registrada en el presente anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser aplicados 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°

237

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:				SERVICIO DE FARMACIA				

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, HUMANO GAMBO
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 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