

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 245

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

		EXCLUSIÓN			CANTIDAD Y/O VALORES			INCLUSIÓN	
		CANTIDAD TOTAL	VALOR TOTAL S/	CANTIDAD TOTAL	VALOR TOTAL S/	CANTIDAD TOTAL	VALOR TOTAL S/	CANTIDAD TOTAL	VALOR TOTAL S/
area usuaria:		SERVICIO DE FARMACIA			UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCIÓN DEL ITEM	CÓDIGO DE ITEM N°	N° DE SOLICITUD DE MODIFICACIÓN	FECHA DE SOLICITUD
1	16/11/2023	S/N	495500011282	CHAQUETA Y PANTALÓN DESCARTABLE TALLA XL	UNIDAD	150	957.00		
2	16/11/2023	S/N	495500011280	CHAQUETA Y PANTALÓN DESCARTABLE TALLA L	UNIDAD	150	957.00		
3	17/11/2023	S/N	495700400133	MASCARA DE ANESTESIA DESCARTABLE N° 4	UNIDAD	60	840.00		
4	17/11/2023	S/N	495700400134	MASCARA DE ANESTESIA DESCARTABLE N° 5	UNIDAD	70	805.00		
5	17/11/2023	S/N	495701010031	TUBO OROFARINGEO N° 3	TABLETA	150	930.00		

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.

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

245

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

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 GAMEOA
Jefe de la Oficina de Logística

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dirección General
Mg. Fco. JORGE 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