

FECHA  
HORA

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

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 ÍTEM N° | DESCRIPCIÓN DEL ÍTEM               | UNIDAD DE MEDIDA |                   |
| area usuaria:        |                    | SERVICIO DE REHABILITACION      |                   |                                    |                  |                   |
| 1                    | 27/11/2023         | 2                               | 495500010972      | MANDIL DESCARTABLE ESTERIL TALLA S | UNIDAD           | 1,000<br>1,000.00 |
| 2                    | 27/11/2023         | 2                               | 740845500001      | IMPRESORA MATRIZ DE PUNTO          | UNIDAD           | 2<br>2,324.00     |
| 3                    | 27/11/2023         | 2                               | 495700410158      | MASCARILLA DESCARTABLE TIPO N-95   | UNIDAD           | 200<br>1,600.00   |
| 4                    | 27/11/2023         | 2                               | 495701300012      | GEL PARA ULTRASONIDO X 5 L         | UNIDAD           | 37<br>2,960.00    |

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.

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

MINISTERIO DE SALUD  
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas  
Director General  
M.C. DR. JORGE VALDEMARINO RUEJO  
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