FECHA 4/12/2023
HORA 9:30 a.m.

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

N° 259

ENTIDAD U ORGANIZACIÓN DE LA ENTIDAD: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS
NRO DE IDENTIFICACIÓN: 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 | CANTIDAD TOTAL | VALOR TOTAL S/ | CANTIDAD TOTAL | VALOR TOTAL S/ |
| **area usuaria:** | | **SERVICIO DE FARMACIA** | | | | | | | |
| 1 | 30/11/2023 | S/N | 351100020102 | ALBUMINA AUTOMATIZADA | DET | | | 600 | **750.00** |
| 2 | 30/11/2023 | S/N | 351100020138 | CREATININA CINETICA AUTOMATIZADA | DET | | | 2100 | **2,751.00** |
| 3 | 30/11/2023 | S/N | 351100020178 | PROTEINAS EN LCR | DET | | | 450 | **787.50** |
| 4 | 30/11/2023 | S/N | 351100020518 | PROTEINAS TOTALES AUTOMATIZADA | DET | | | 600 | **180.00** |
| 5 | 30/11/2023 | S/N | 351100020932 | SET DE REACTIVOS PARA ANALIZADOR DE GASES ARTERIALES, ELECTROLITOS Y METABOLITOS | DET | | | 2250 | **34,875.00** |
| 6 | 30/11/2023 | S/N | 355100020012 | DOSAJE DE TIEMPO DE PROTROMBINA | DET | | | 320 | **2,304.00** |
| 7 | 30/11/2023 | S/N | 355100020067 | HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 5 ESTIRPES | DET | | | 2000 | **13,000.00** |

FECHA 4/12/2023
HORA 9:30 a.m.

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

N° 259

ENTIDAD U ORGANIZACIÓN DE LA ENTIDAD: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS
NRO DE IDENTIFICACIÓN: 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 | CANTIDAD TOTAL | VALOR TOTAL S/ | CANTIDAD TOTAL | VALOR TOTAL S/ |
| **area usuaria:** | | **SERVICIO DE FARMACIA** | | | | | | | |
| **8** | 30/11/2023 | S/N | 355800020022 | SISTEMA PARA IDENTIFICACION + ANTIBIOGRAMA DE BACTERIAS GRAM NEGATIVAS | DET | | | 50 | **2,383.50** |
| **9** | 30/11/2023 | S/N | 355800020023 | SISTEMA PARA IDENTIFICACION + ANTIBIOGRAMA DE BACTERIAS GRAM POSITIVAS | DET | | | 25 | **1,191.75** |
| **10** | 30/11/2023 | S/N | 355800020042 | SISTEMA PARA IDENTIFICACION + ANTIBIOGRAMA DE BACTERIAS GRAM NEGATIVAS | DET | | | 50 | **2,383.50** |
| **11** | 30/11/2023 | S/N | 358600030560 | ANTIGENO VDRL X 250 DETERMINACIONES | UNIDAD | | | 2 | **286.00** |
| **12** | 30/11/2023 | S/N | 358600090573 | GLUCOSA AUTOMATIZADA | DET | | | 2400 | **2,232.00** |
| **13** | 30/11/2023 | S/N | 358600090873 | ANTICUERPO ANTI HTLV I-II ELISA X 96 DETERMINACIONES | UNIDAD | | | 1 | **1,040.00** |
| **14** | 30/11/2023 | S/N | 358600091102 | PRUEBA RAPIDA PARA VIH 1-2 X 25 DETERMINACIONES | UNIDAD | | | 50 | **4,375.00** |

FECHA 4/12/2023
HORA 9:30 a.m.

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

N° 259

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/ | CANTIDAD TOTAL | VALOR TOTAL S/ |
| area usuaria: | | SERVICIO DE FARMACIA | | | | | | | |
| 15 | 30/11/2023 | S/N | 358600091392 | PRUEBA PARA VIH ELISA 4ta GENERACION X 96 DETERMINACIONES | UNIDAD | | | 2 | 1,600.00 |
| 16 | 30/11/2023 | S/N | 358600091595 | PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVA | DET | | | 250 | 1,875.00 |
| 17 | 30/11/2023 | S/N | 358600092149 | REACTIVO DE ANALISIS AUTOMATIZADO DE ORINA (BIOQUIMICA + CITOLOGICA) | DET | | | 600 | 8,880.00 |
| 18 | 30/11/2023 | S/N | 358600093525 | PRUEBA RAPIDA PARA HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE X 25 DETERMINACIONES | UNIDAD | | | 30 | 2,625.00 |
| 19 | 30/11/2023 | S/N | 3586000100539 | MEDIO PARA HEMOCULTIVO ADULTO AUTOMATIZADO EN FRASCO | UNIDAD | | | 250 | 6,800.00 |
| 20 | 30/11/2023 | S/N | 495700780012 | AGUJA MULTIPLE PARA EXTRACCION DE SANGRE AL VACIO 21 G X 1 in | UNIDAD | | | 14500 | 5,220.00 |
| 21 | 30/11/2023 | S/N | 511000080324 | TUBO PLASTICO 3 mL PARA EXTRACCION AL VACIO CON EDTA | UNIDAD | | | 5000 | 2,050.00 |

FECHA 4/12/2023
HORA 9:30 a.m.

**ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES** N° 259

ENTIDAD U ORGANIZACIÓN DE LA ENTIDAD: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS
NRO DE IDENTIFICACIÓN: 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 | CANTIDAD TOTAL | VALOR TOTAL S/ | CANTIDAD TOTAL | VALOR TOTAL S/ |
| **area usuaria:** | | **SERVICIO DE FARMACIA** | | | | | | | |
| **22** | 30/11/2023 | S/N | 511000260145 | TUBO PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE CON SISTEMA DE VACÍO DE POLIPROPILENO 6 mL CON ACTIVADOR DE | UNIDAD | | | 50 | **2,400.00** |

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

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