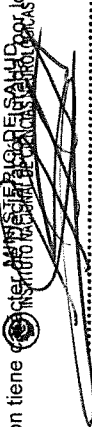


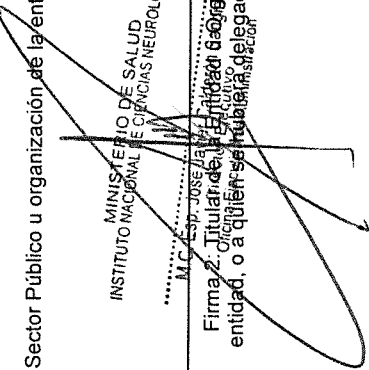
ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000269

UNIDAD EJECUTORA : 007 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000123

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Item N.-	Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES				
					EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN		
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	
16.03 - Servicio De Farmacia									
18/09/2024	0000000376	351100020138	CREATININA CINETICA AUTOMATIZADA	Det	0.00	0.00	2,400.00	0.00	
18/09/2024	0000000376	351100020184	TRIGLICERIDOS ENZIMATICO	Det	0.00	0.00	1,000.00	0.00	
18/09/2024	0000000376	351100020504	UREA CINETICA AUTOMATIZADA	Det	0.00	0.00	2,400.00	0.00	
18/09/2024	0000000376	351100020513	COLESTEROL HDL DIRECTO AUTOMATIZADO	Det	0.00	0.00	1,200.00	0.00	
18/09/2024	0000000376	351100020515	FOSFATASA ALCALINA AUTOMATIZADA	Det	0.00	0.00	800.00	0.00	
18/09/2024	0000000376	351100020519	TRANSAMINASA GLUTAMICA OXALACETICA (TGO) AUTOMATIZADO	Det	0.00	0.00	1,000.00	0.00	
18/09/2024	0000000376	351100020520	TRANSAMINASA GLUTAMICA PIRUVICA (TGP) AUTOMATIZADA	Det	0.00	0.00	1,000.00	0.00	

- 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 **PROCESO DE SEGUIMIENTO** por lo que, en señal de conformidad y en representación de la Entidad del Sector Público u organización de la entidad, se suscribe:


Lic. Adm. WASSERMANN A. HUAMAN GAMBOA
Jefe de la Oficina de Logística


MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS
M.C. Esp. JOSE JAVIER
Firma 2: Titular de la Entidad o su representante legal, o a quien se le haya delegado dicha facultad

Firma 1: Responsable del Área involucrada en la gestión de la CAP