

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000115

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

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Item N.º	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									
16/04/2024	0000000161	493700180236	ELECTRODO TIPO COPA DE ORO CON CABLE 1.50 m PARA EQUIPO DE ELECTROENCEFALOGRAFIA	Unidad	0.00	0.00	40.00	0.00	
16/04/2024	0000000161	495700630019	TUBO ENDOTRAQUEAL DESCARTABLE N° 7.5 CON BALÓN	Unidad	50.00	0.00	0.00	0.00	
16/04/2024	0000000161	580100080002	PROPOFOL 20 mg/mL INY 50 mL	Unidad	0.00	0.00	900.00	0.00	
16/04/2024	0000000161	585200100002	HIDROXOCOBALAMINA 1 mg/mL INY 1 mL	Unidad	500.00	0.00	0.00	0.00	
16/04/2024	0000000161	740878680001	MONITOR CON PROCESADOR INTEGRADO	Unidad	0.00	0.00	2.00	0.00	
16/04/2024	0000000161	740878680219	MONITOR CON PROCESADOR INTEGRADO 24 in 3.8 Ghz RAM 16 GB ALMACENAMIENTO 512 GB	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00	
16/04/2024	0000000161	767500030272	DISCO DURO 16 TB	Unidad	0.00	0.00	1.00	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 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. WASSERMANA, JUAN CARLOS
Jefe de la Oficina de Logística

MINISTERIO DE SALUD
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