

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00001072

UNIDAD EJECUTORA : 139 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001512

| Fecha de Solicitud | N° de Solicitud de Modificación | Código Item N.- | Descripción del Item | Unidad de Medida | EXCLUSIÓN | | INCLUSIÓN | |
|-----------------------------|---------------------------------|-----------------|--|------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | | | | | Cantidad Total | Valor Total S/ | Cantidad Total | Valor Total S/ |
| 030202 - Farmacia | | | | | | | | |
| 16/10/2024 | 0000002822 | 495701500011 | CATÉTER MULTIPROPOSITO CON PERFORACION 5 FR X 100 cm | Unidad | 0.00 | 0.00 | 150.00 | 0.00 |
| 16/10/2024 | 0000002823 | 495701460361 | ESPIRAL PARA EMBOLIZACIÓN ENDOVASCULAR 13 mm X 48 cm | Unidad | 0.00 | 0.00 | 28.00 | 0.00 |
| 16/10/2024 | 0000002824 | 495701460363 | ESPIRAL PARA EMBOLIZACIÓN ENDOVASCULAR 20 mm X 60 cm | Unidad | 0.00 | 0.00 | 28.00 | 0.00 |
| 040709 - Odontología | | | | | | | | |
| 16/10/2024 | 0000002825 | 492900060052 | FLUOR BARNIZ X 0.5 mL | Unidad | 0.00 | 0.00 | 1,500.00 | 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:

Firmado digitalmente por RIVEROS
FALCONI Anthony Godofredo FAU
Módulo de Logística
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 21.10.2024 17:38:07 -05:00



Firmado digitalmente por BELTRAN
VARGAS Carmen Magaly FAU
Módulo de Logística
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 22.10.2024 11:05:30 -05:00



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