

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000150

UNIDAD EJECUTORA : 007 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS

NRO. IDENTIFICACIÓN : 000123

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Ítem 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								
12/05/2025	0000000184	358600090873	ANTICUERPO ANTI HTLV I-II ELISA X 96 DETERMINACIONES	Unidad	192.00	0.00	0.00	0.00
12/05/2025	0000000184	495100420048	BROCA PARA CRANEÓTOMO TIPO HELICOIDAL DE 1.5 mm DE DIÁMETRO X 40 mm	Unidad	0.00	0.00	28.00	0.00
12/05/2025	0000000184	495700350068	JERINGA DESCARTABLE 50 ML SIN AGUJA	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00
12/05/2025	0000000184	495700741964	MICRO GUIA 0.14 in	Unidad	0.00	0.00	36.00	0.00
12/05/2025	0000000184	495700930032	CÁNULA PARA TRAQUEOSTOMÍA N° 8 FENESTRADA	Unidad	0.00	0.00	10.00	0.00
12/05/2025	0000000184	495700960008	PAPEL CREPADO 1.20 m X 1.20 m X 125	Unidad	0.00	0.00	36.00	0.00
12/05/2025	0000000184	495701630025	CATÉTER GUÍA PARA CARÓTIDA 6 FR X 90 cm	Unidad	0.00	0.00	4.00	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

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas

Mag. ENMA PEÑALVERASTEGUI GALVEZ

DIRECTORA EJECUTIVA DE LA

OFICINA EJECUTIVA DE NECESIDADES

Firma 2: Titular de la Entidad u Organización de la

entidad, o a quien se hubiera delegado dicha facultad

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