

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000158

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 |                                 |                 |                                                |                  |                      |                |                |                |
| 19/05/2025                   | 0000000195                      | 495700191094    | CATÉTER GUIA PARA ANGIOPLASTIA JR 4 FR 6.0 ASA | 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. HARRY B. AGOSTA PORTOCARRERO  
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

Mag. ENY DEBATA VERAS REGUI GALVEZ  
DIRECTORA EJECUTIVA DE LA  
OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN

Firma 2: Titular de la Entidad u Organización de la entidad, o a quien se hubiera delegado dicha facultad