

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000144

UNIDAD EJECUTORA : 001 Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001235

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/
06.06 - Oficina De Informatica								
08/05/2025	0000001178	170100020071	SERVICIO DE SOPORTE Y ACTUALIZACION DE BASE DE DATOS ORACLE	Servicio	0.00	0.00	0.00	1.00
08.03.03 - Laboratorio De Inmunohistoquimica								
09/05/2025	0000001183	358600120325	ANTICUERPO POLICLONAL ANTI HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA (ACTH) X 7 mL	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00
09/05/2025	0000001183	358600120404	ANTICUERPO POLICLONAL ANTI HORMONA PROLACTINA X 6 mL	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00
09/05/2025	0000001183	358600120657	ANTICUERPO POLICLONAL ANTI HORMONA DE CRECIMIENTO (GH 01 + GH02) X 7 mL	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00
08.03.07 - Unidad Funcional De Hematopatologia								
12/05/2025	0000001192	358600120929	ANTICUERPO MONOCLONAL PARA MPO (MIELOPEROXIDASA) CON ALOFICOCIANINA X 1 mL	Unidad	0.00	0.00	3.00	0.00
08.05 - Departamento De Farmacia								
13/05/2025	0000001197	493700141845	EXTENSOR DE ELECTROBISTURI TIPO CUCHILLA 15 cm	Unidad	0.00	0.00	2,400.00	0.00
13/05/2025	0000001197	495701490025	CATETER VENOSO CENTRAL DOBLE LUMEN 5 FR X 13 cm	Unidad	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 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 ARAUJO
VALENTIN Edwin Jose FAU
20514964778 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 14.05.2025 07:44:02 -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