

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

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/
07.01 - Direccion De Control Del Cáncer								
16/05/2025	0000001228	901000010115	SERVICIO FEE - EMISION DE BOLETO TERRESTRE	Servicio	0.00	0.00	0.00	200.00
08.03.08.02 - Inmunoquímica								
15/05/2025	0000001216	351100020327	REACTIVO PARA GASES ELECTROLITOS SANGUINEOS ARTERIALES	Det	0.00	0.00	18,656.00	0.00
08.05 - Departamento De Farmacia								
14/05/2025	0000001212	582400150001	OSELTAMIVIR 75 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	400.00	0.00
09.01. - Direccion De Cirugia								
15/05/2025	0000001221	717200020138	PAPEL CONTOMETRO TERMICO 80 mm X 80 mm X 13 m	Unidad	0.00	0.00	24.00	0.00
10.04.10 - Procedimientos Endoscopicos								
16/05/2025	0000001222	091100070041	AGUA DE MESA SIN GAS X 20 L APROX.	Unidad	0.00	0.00	120.00	0.00
11.03 - Departamento De Medicina Nuclear								
15/05/2025	0000001217	070500030064	SERVICIO ESPECIALIZADO DE GESTION TECNOLOGICA EN SALUD	Servicio	0.00	7,200.00	0.00	0.00
15/05/2025	0000001217	210100040037	SERVICIO DE PERSONAL ASISTENCIAL, ADMINISTRATIVO Y DE MANTENIMIENTO	Servicio	0.00	6,000.00	0.00	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:

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