



Fecha: 03.11.2022  
Hora: 07:48 p.m.

ANEXO N° 06: APROBACION DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N°10-2022-INEN

Entidad u Organización de la Entidad : INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS  
Nro. De Identificación : 1235

N°	FECHA DE SOLICITUD	N° DE SOLICITUD DE MODIFICACIÓN	META	FF.Rb.	AREA USUARIA	CODIGO ITEM N°	DESCRIPCIÓN DEL ITEM	CLASIFICADOR DE GASTO	PRECIO UNITARIO	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD Y/O VALORES				CERTIFICACION		
											CMN (Información Actual)		EXCLUSIÓN			INCLUSIÓN	
											CANTIDAD TOTAL	VALOR TOTAL	CANTIDAD	VALOR	CANTIDAD	VALOR	
1	04/11/2022	6	88	13	HEMATOLOGIA	351000025380	KAOLIN X 40 UL X 25	231821	S/. 943.50	UNIDAD					72.00	S/. 67,932.00	CERTIFICACION 6625 - PREVISION 287
2	04/11/2022	6	88	13	HEMATOLOGIA	355100020199	CONTROL NIVEL I PARA TROMBOELASTOGRAFIA (12 X 1 ML)	231821	S/. 943.50	UNIDAD				24.00	S/. 22,644.00	CERTIFICACION 6625 - PREVISION 287	
3	04/11/2022	6	88	13	HEMATOLOGIA	355100020200	CONTROL NIVEL II PARA TROMBOELASTOGRAFIA (12 X 1 ML)	231821	S/. 943.50	UNIDAD				24.00	S/. 22,644.00	CERTIFICACION 6625 - PREVISION 287	
4	20/05/2022	113	98	13	DEPARTAMENTO DE FARMACIA	583800750003	DIMENHIDRINATO 50 MG TAB	231812	S/. 0.50	UNIDAD				1,384,600.00	S/. 689,530.80	PREVISION PRESUPUESTAL 286-2022	
5	20/05/2022	113	98	09	DEPARTAMENTO DE FARMACIA	583800750003	DIMENHIDRINATO 50 MG TAB	231812	S/. 0.50	UNIDAD	34,800.00	S/. 1,232.27		115,400.00	S/. 57,469.20	PREVISION PRESUPUESTAL 286-2022	
6	19/09/2022	10	89	00	EQUIPO FUNCIONAL DE NUTRICION	742223580037	EQUIPO MULTIFUNCIONAL COPIADORA IMPRESORA SCANNER 50 PPM	263231	S/. 6,065.46	UNIDAD				1.00	S/. 6,065.46	CERTIFICACION 6619	
															S/. 866,285.46		
															13	S/. 802,750.80	
															00	S/. 6,065.46	
															09	S/. 57,469.20	
															S/. 866,285.46		

1/ La información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad u organización de la entidad.  
2/ En caso la solicitud de modificación corresponda a lo establecido en el literal 27.4 del artículo 27 de la Directiva, la Entidad u organización de la entidad incluye un campo en el cual cita el documento que sustenta lo solicitado por el Área usuaria.  
3/ La presente información tiene carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación de la Entidad y Organización de la Entidad, se suscribe:

*X: Gladys Ugarte Espinoza*  
Sra GLADYS UGARTE ESPINOZA  
Coordinadora del Área de Programación  
OFICINA DE LOGISTICA  
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

FIRMA 1: RESPONSABLE DEL AREA INVOLUCRADA EN LA GESTION DE LA CAP

*Francisco E.M. Berrospi Espinoza*

FIRMA 2: TITULAR DE LA ENTIDAD U ORGANIZACIÓN DE LA ENTIDAD, O POR EL FUNCIONARIO A QUIEN SE HUBIERA DELEGADO DICHA FACULTAD

**MG. FRANCISCO E.M. BERROSPI ESPINOZA**  
Jefe Institucional  
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas