



ANEXO N° 06: APROBACION DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N°13-2022-ENEN

Fecha: 30.11.2022
Hora: 10:00 a.m.

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							
											CMN (Información Actual)		EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN		CERTIFICACION / PREVISIÓN	
											CANTIDAD TOTAL	VALOR TOTAL	CANTIDAD	VALOR	CANTIDAD	VALOR		
1	29/11/2022	13	96	1-00	UNIDAD FUNCIONAL DE MANTENIMIENTO E EQUIPAMIENTO MEDICO	606500260711	MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE BRONCOFIBROSCOPIO	232471	S/.	105,000.00	SERVICIO	1.00	S/.	40,000.00	1.00	S/.	105,000.00	PREVISION 302-2022
	29/11/2022	15	94	4-13	SOPORTE METABOLICO NUTRICIONAL ONCOLOGICO	586600230001	L-GLUTAMINA + MALTODEXTRINA +LACTOBACILLUS REUTERI 10G +5G + 100000000 UFC PLV 15 G.	231812	S/.	30.00	UNIDAD	6,000.00	S/.	180,000.00	6,000.00	S/.	180,000.00	PREVISION 179-2022
3	28/11/2022	8	94	4-13	CENTRAL DE ESTERILIZACION	495700741757	TELA NO TEJIDA 75 CM X 75 CM. X 250	2.3.1.8.2.1	S/.	1,699.00	UNIDAD	80.00	S/.	109,600.00	16.00	S/.	27,184.00	PREVISION 304-2022
4	28/11/2022	8	94	4-13	CENTRAL DE ESTERILIZACION	495700741587	TELA NO TEJIDA 1.20 M X 1.20 CM	2.3.1.8.2.1	S/.	7.10	UNIDAD	108.00	S/.	615.60	36,000.00	S/.	255,600.00	PREVISION 304-2022
																S/.	567,784.00	

- 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 u Organización de la Entidad, se suscribe:

[Handwritten Signature]
 Sra. BRADYS 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

[Handwritten Signature]

FIRMA 2: TITULAR DEL AREA DE LOGISTICA O POR EL
 FUNCIONARIO QUE HUBIERA DELEGADO DICHA FACULTAD
DR. FRANCISCO E. BARRIOS ESPINOZA
 Jefe Institucional
 Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas