

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000312

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/
07.05 - Departamento De Educación								
23/12/2024	0000003616	040100010008	SERVICIO DE COFFEE BREAK	Servicio	0.00	0.00	0.00	2,000.00
08.05 - Departamento De Farmacia								
23/12/2024	0000003615	495100133970	SISTEMA DE CIERRE DE VASOS FEMORALES MEDIADO POR SUTURA 6 FR	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00
23/12/2024	0000003615	495700742898	INTRODUCTOR PARA CATÉTER PERCUTÁNEO 9.0 FR X 13 cm	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00
23/12/2024	0000003615	495700743132	GUÍA METÁLICA HIDROFÍLICA PUNTA ANGULADA 0.035 in X 1.80 m	Unidad	0.00	0.00	2.00	0.00
23/12/2024	0000003615	495701440266	KIT DE 1 JERINGA INSUFLADORA 20 mL ALTA PRESIÓN + MANÓMETRO	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00
23/12/2024	0000003615	495701460462	STENT AUTOEXPANDIBLE TOTALMENTE RECUBIERTO 6 mm X 100 mm	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00
23/12/2024	0000003615	495701550006	CATÉTER ERCP 5 FR X 200 cm PUNTA FINA GUÍA 0.035 in	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00
23/12/2024	0000003615	495701620361	CATÉTER BALÓN DE BAJO PERFIL 5 mm X 6 cm DE 5 FR X 140 cm	Unidad	0.00	0.00	2.00	0.00
23/12/2024	0000003617	582601280001	BENDAMUSTINA CLORHIDRATO 100 mg POLVO PARA SOLUCION PERFUSION	Unidad	0.00	0.00	12.00	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 ESPINOZA
TERAN Eulrocina FAU 20514964778
soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 23.12.2024 16:05:41 -05:00

Firma 1: Responsable del Área involucrada en la gestión de la CAP

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
ORGANISMO PÚBLICO EJECUTOR

[Firma manuscrita]
Mtr. YVAN PALOMINO ROJAS
GERENTE GENERAL

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



Firmado digitalmente por VASQUEZ
MATALLANA Rauli Ronald FAU
20514964778 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 23.12.2024 17:46:55 -05:00